



ÕUKOGUDE EESTI TERVIS- HOID



EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

6 / 70

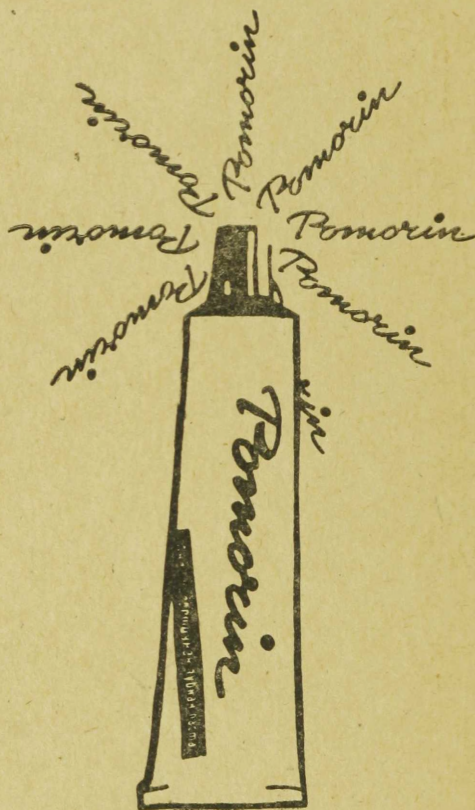
meri
meri
meri
meri

Hambapasta «Meri»

Hambapastal «Meri» on meeldiv maitse, värskendav aroom ja ta vahutab hästi. Pasta head profülaktilised omadused tulevad aktiivsete komponentide küllusest tema koostises

Hambapasta «Pomorin»

Kontrollitud toimega püorröavastane vahend. Aitab vältida ja ravida igemete ja hammaste levinumaid haigusi. Sisaldab bioloogiliselt aktiivseid kolloidaineid ja kuulsas Pomorie järve setelahusest saadud sooli



Р ДСО фармахим СОФИЯ

NÕUKOGUDE EESTI TERVIS- HOID

1970

SISUKORD

Sajand V. I. Lenini sünnist

GOLDBERG, A. — V. Lenin ja tervis- hoid	83
KADARIK, B. — Lenini ideede jõud	5
TAMM, O. — V. I. Lenin ja sanitaaria	3

Teooria ja praktika

AASAV, J. — Rektoskoopia ja rektobiopsia	93
BERSTEIN, L. — Endokriinse süsteemi homöostaasi probleemid onkoloogias	336
DORFMAN, G. — Reesusantikehade tiiter vastsündinute hemolüütilise tõve prog- noosi aspektist	405
ELSTEIN, N., MAI, R. — Nakkusliku he- patiidi diagnoosimise vigu	89
ESTER, V. — Vaakumekstraktoritest tin- gitud kahjustused vastsündinutel	343
HAAVEL, A., BIRKENFELDT, R. — Sapi- teede haiguste seos meteoroloogiliste teguritega Eesti NSV saartel	423
JÄNES, H., VELDRE, I. — Mõnede kuker- siidi kerogeeni keemilise töötlemise too- dete toksilisus	183
JÄNES, V., AADAMSOO, A. — Depres- siivse sündroomiga haigete hospitali- seerimisest	16
KALJUSTE, T. — Kopsu reograafia	171
KERES, L., SOO, T. — Toitmise, kehalise koormuse ja nutu toime haigete laste vere happelise tasakaalule	403
KIVILO, M. — Vee ja elektrolüütide nor- maalne sisaldus lihaskoes ja vereplasmas	102
KIVILO, M. — Vee- ja elektrolüütidesisal- dus eri lihastes	167
KRISTJUHAN, Ü., KRANIG, E. — Kon- veierilindi kiiruse muutmine vahetuse vältel	427

СОДЕРЖАНИЕ

Столетие со дня рождения В. И. Ленина

ГОЛЬДБЕРГ А. О. — В. И. Ленин и здравоохранение	83
КАДАРИК Б. А. — Сила ленинских идей	5
ТАММ О. М. — В. И. Ленин и санита- рия	3

Теория и практика

ААЗАВ И. Ю. — О ректоскопии и рек- тобиопсин	93
БЕРШТЕЙН Л. М. — К проблеме гомеостаза эндокринной системы в онкологии	336
ДОРФМАН Г. А. — Значение титра резусантител в прогнозе гемолитиче- ской болезни новорожденных	405
ЭЛЬШТЕЙН Н. В., МАИ Р. И. — Об ошибочной диагностике инфекцион- ного гепатита	89
ЭСТЕР В. М. — Повреждения новорож- денных вакуумэкстракторами	343
ХААВЕЛЬ А. А., БИРКЕНФЕЛЬДТ Р. Р. — О связи заболеваемости желчных путей с метеорологическими факто- рами на островах Эстонской ССР	423
ЯНЕС Х. Я., ВЕЛДРЕ И. А. — О ток- сичности некоторых продуктов хими- ческой переработки керогена кукер- сита	183
ЯНЕС В. Х., ААДАМСОО А. М. — О госпитализации больных с депрес- сивным синдромом	16
КАЛЬЮСТЕ Т. И. — Реография легкого	171
КЕРЕС Л. М., СОО Т. Р. — Об измене- нии кислотно-щелочного баланса в связи с кормлением, физической нагрузкой и плачем у больных детей	403
КИВИЛО М. О. — Нормальное содер- жание воды и электролитов в мышеч- ной ткани и в плазме	102
КИВИЛО М. О. — Содержание воды и электролитов в разных мышцах	167
КРИСТЮХАН Ю. Я., КРАНИГ Э. К. — Изменение скорости конвейерной лен- ты в течение смены	427

- KSENOFONTOV, J., PARDI, J. — Veregrupid ja haigestumise eelsoodumus (esialgne teade) 105
- KUKK, M. — Toksoplasmoos kuulmishäirete põhjusena 326
- KURTENKOV, O. — Proteiinid ja heksoosid maomahla elektroforegrammis maovähi ja vähieelsete seisundite korral 331
- KÜÜRA, E., SIBUL, U., GULORDAVA, S. — Mulgustunud mao- ja kaksteistsõrmiksoolehaavandi sümptomidest ja kirurgilisest ravist 263
- LAANE, E., SUIJA, R., KLINK, A. — Gaasivahetuse muutusi leilisauna toimetel 252
- MARTINSON, M., RIIKJÄRV, M.-A., VAHTER, H.-E. — Mikroanomaaliate uurimise kliiniline väärtus 176
- MENŠIKOVA, A., ZAHHAROVA, M., VOROBJOVA, A., TAMM, O., GORBUNOVA, Z., USTINOVA, V., SARKISJAN, L. — Paraläkakõhavastase vaktsinatsiooni epidemioloogilise efektiivsuse uurimine Eesti NSV-s 243
- MIKELSAAR, R. — Vistseraalsed mükosid ja nende seos vereloomeelundite haigustega 96
- MÄNNISTE, J., SIBUL, U., KÖRGMÄA, R. — Magistraalveenide trombooside kirurgiline ravi 163
- MÄNNISTE, J., VALDES, L., SIBUL, U., LUTSUVER, A., POOLA, H., KURVET, A. — Kopsuarteri tromboemboolia 23
- NIIT, M. — Lastesõime ööpäevase rühma laste organismi varustatus askorbiinhapetega 178
- ORSÄNSKAJA, R., PANKRATOVA, S. — Hüaliinembraanid 181
- PANOV, A. — Mittemagnetiliste kildude eemaldamine klaaskehast 31
- PRIIMÄGI, L., GRINSPUN, L. — Leetriivaktsiin kui interferonogeen gripi profülaktikas 85
- PUUMAN, D. — Tallinna Kalinini rajooni töolisnoorukite kehaline areng 411
- PÖDER, B. — Alajäseme veenilaiendite ravi endovaskulaarse elektrokoagulatsioonimeetodil 26
- RABA, T. — Maksafunktsioonist nefriidihäigetel lastel 255
- RANDVERE, T. — *Cauda equina* sündroom intervertebraalse diskuse hernia puhul 339
- RAUDSEPP, J. — Eksperimentaalseid andmeid pärimi ribonukleiinhappe suurte dooside antiblastilisest toimest 421
- REISENBÜK, V. — Doonorivere osatähtsus seerumhepatiidi levikus 87
- RONŽIN, V. — Nägemisteravuse korrigeerimine kontaktläätsedega anisometroopia ja sarvkesta hägususe korral 185
- КСЕНОФОНТОВ Ю. П., ПЯРДИ Ю. М. — Группы крови и предрасположенность к заболеванию (предварительное сообщение)
- КУКК М. Ф. — Токсоплазмоз — причина расстройства слуха
- КУРТЕНКОВ О. А. — Распределение протеинов и гексоз в электрофограмме желудочного сока при раке и предраковых заболеваниях желудка
- КЮЙРА Э. Ф., СИБУЛЬ У. Ф., ГУЛОРДАВА Ш. А. — О симптоматологии и хирургической тактике лечения прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки
- ЛААНЕ Э. Я., СУИЯ Р. А., КЛИНК А. Б. — Об изменениях газового обмена после пребывания в парной бане
- МАРТИНСОН М. Р., РИИКЯРВ М.-А. Ф., ВАХТЕР Х.-Э. А. — Клиническое значение исследований микроаномалий у детей
- МЕНШИКОВА А. К., ЗАХАРОВА М. С., ВОРОБЬЕВА А. И., ТАММ О. М., ГОРБУНОВА З. В., УСТИНОВА А. Г., САРКИСЯН Л. И. — Изучение эпидемиологической эффективности вакцинации против паракокклюша в Эстонской ССР
- МИКЕЛЬСААР Р. Н. — Висцеральные микозы и их связь с заболеваниями органов кровотока
- МЯННИСТЕ Ю. Э., СИБУЛЬ У. Ф., КЫРГМАА Р. А. — О хирургическом лечении тромбозов магистральных вен
- МЯННИСТЕ Ю. Э., ВАЛДЕС Л. В., СИБУЛЬ У. Ф., ЛУТСУВЕР А. С., ПООЛА Х. С., КУРВЕТ А. Р. — Тромбэмболия легочной артерии
- НИИТ М. И. — О снабжении аскорбиновой кислотой организма детей круглосуточной группы детских яслей
- ОРШАНСКАЯ Р. Е., ПАНКРАТОВА С. А. — К вопросу о гиалиновых мембранах
- ПАНОВ А. В. — К вопросу удаления немагнитных осколков из стекловидного тела
- ПРИИМЯГИ Л. С., ГРИНШПUN Л. Е. — Опыт применения коревой вакцины — интерферонгена в профилактике гриппа
- ПУУМАН Д. С. — Физическое развитие рабочих-подростков Калининского района г. Таллина
- ПЫДЕР Б. К. — Эндоваскулярная электрокоагуляция при варикозе нижних конечностей
- РАБА Т. А. — О функции печени при нефритах у детей
- РАНДВЕРЕ Т. О. — Синдром «конского хвоста» при грыже поясничных межпозвонковых дисков
- РАУДСЕПП Ю. Ю. — О противоопухолевом действии больших доз дрожжевой рибонуклеиновой кислоты в эксперименте
- РЕЙЗЕНБÜK В. Г. — Значение донорской крови в распространении сывороточного гепатита
- РОНЖИН В. П. — Коррекция остроты зрения контактными линзами при анизометропии и помутнения роговицы

RÄTSEP, I. — Aspiratsioonibiopsia tüsistus	19	РЯТСЕП И. Ю. — Об осложнениях аспирационной гастробиопсии	
RÄTSEP, V., LOIT, P.-H. — Kompleksne bronholoogiline uurimine kopsuvähi diagnoosimisel	417	РЯТСЕП В. И., ЛОИТ П.-Х. О. — Комплексное бронхологическое исследование в диагностике рака легкого	
SAARMA, J. — Depressiivsed seisundid	9	СААРМА Ю. М. — Депрессивные состояния	
SAARMA, J., SAARMA, M., KANGUR, V., LIIVAMÄGI, J. — Kõrgema närvitegevuse uurimise andmed depressiivsete seisundite ravi näidustusena	14	СААРМА Ю. М., СААРМА М. М., КАНГУР В. А., ЛИИВАМЯГИ Ю. А. — Данные о высшей нервной деятельности в качестве показаний к лечению депрессивных состояний	
SAUEMÄGI, E. — Öpilaste funktsionaalsete võimete hindamine Skibinski testi järgi	248	САУЭМЯГИ Э. К. — Оценка функциональных способностей учащихся по тесту Скибинского	
SCHAMARDIN, B. — Arteriaalse rõhu mõõtmise fotoelektriline meetod	169	ШАМАРДИН Б. М. — Фотоэлектрический метод измерения артериального давления	
TALI MEISTER, E., HEINARU, A., ALLIK, E. — R-faktoritest põhjustatud polüresistentsus enterobakteritel	323	ТАЛЛМЕРИСТЕР Э. Т., ХЕЙНАРУ А. Л., АЛЛИК Э. А. — О комплексной резистентности энтеробактерий, обусловленной R-факторами	
TALVIK, R., JÜRGENS, J., TIHANE, H., SAMARÜTEL, J. — V. subclavia rangluualune punkteerimine	165	ТАЛЬВИК Р. М., ЮРГЕНС Ю. М., ТИХАНЕ Х. М., САМАРЮТЕЛЬ Ю. Р. — Пункция подключичной вены инфраклавикулярным способом	
TALVIK, R., LIPPART, H., TIHANE, H. — V. subclavia rangluuüline punkteerimine	267	ТАЛЬВИК Р. М., ЛИППАРТ Х. Э., ТИХАНЕ Х. М. — Пункция подключичной вены супраклавикулярным методом	
TAMM, S., MÜLLERBEK, E. — Reuma sesoonsus lastel	100	ТАММ С. И., МЮЛЛЕРБЕК Э. Х. — О сезонности ревматизма у детей	
TIHANE, H. — Neerude ägeda puudulikkuse ravi manniidiga	28	ТИХАНЕ Х. М. — Манниттерапия при острой недостаточности почек	
UMANSKI, S. — Tulemuste ühtelangemine maosekretsiooni uurimisel ioonivahetaja vaigu ja peene sondiga	173	УМАНСКИЙ С. Ш. — О совпадении результатов исследования кислотности желудочного сока при помощи ионообменной смолы и тонкого зонда	
UUSKÜLA, M. — Pentoksüül angiini ravis	261	УУСКЮЛА М. М. — Применение пентоксифила при лечении ангины	
VALDES, V. — Operatsioonijärgsetest tüsistustest ja nende võimalikust seosest neerupealiste koore funktsiooni muutustega	328	ВАЛДЕС В. А. — О некоторых послеоперационных осложнениях и об их связи с изменениями функции коры надпочечников	
VELGRE, T. — Kroonilise püelonefriidi diagnoosimisest	258	ВЕЛЬГРЕ Т. Ф. — Диагностика хронического пиелонефрита	
VELGRE, T. — Furadoniinravi probleeme uroloogias	425	ВЕЛЬГРЕ Т. Ф. — Проблема лечения фурадоном в урологии	
VODJA, R. — 1969. a. gripipuhang Pärnu linnas ja raioonis	20	ВОДЬЯ Р. А. — Вспышка гриппа в 1969 г. в городе и районе Пярну	
VODJA, R., HAAS, L. — Gripivastase vaktsineerimise efektiivsusest Pärnu internaatkoolis 1969. aastal	245	ВОДЬЯ Р. А., ХААС Л. К.-О. — Об эффективности противогриппозной вакцинации в Пярнуской школе-интернате в 1969 году	
VÄIN, K. — Konservatiivne operatsioon emakavälise raseduse ravis	414	ВЯИН К. Е. — Консервативная операция в лечении внематочной беременности	

Filosoofia ja meditsiin

GROSS, J. — Diagnoosimisvigade analüüsimise aspekte	268
KOPPEL, S. — Füsioloogilise üleminekust psüühiliseks	188
KOPPEL, S. — Võitlev materialism ja meditsiin	345

Ulevaated

BELTSIKOV, J., RAHU, M. — Eesnäärmevähi haigestumus Eesti NSV-s aastail 1964...1968	191
---	-----

Философия и медицина

ГРОСС Ю. Р. — Об аспектах анализа диагностических ошибок	
КОППЕЛЬ С. Д. — О переходе физиологического в психическое	
КОППЕЛЬ С. Д. — Воинствующий материализм и медицина	

Обзоры

БЕЛЬЧИКОВ И. С., РАХУ М. А. — Заболеваемость раком предстательной железы в Эстонской ССР за 1964—1968 гг.	
---	--

PAI, L. — Immunopatoloogia ja kliinik . 348

VARE, H. — Alkohoolse narkomaania kliinilistest kriteeriumidest . 429

Tervishoid. Töö teaduslik organiseerimine

ARAK, E. — Analüütiline laud apteegis . 195

KAMA, E., AJASTA, N. — Maaelanike meditsiinilise abi organiseerimine . 433

LEHEPUU, B. — Reanimatsioonipalati tööst . 193

MIKELSAAR, A.-V. — Meditsiinilis-geneetiline konsultatsioon . 271

TAMM, O., JÄNES, H. — Sanitaar- ja epidemioloogiateenistuse arst ning tema kvalifikatsioon (ankeetküsitluse andmed) 436

Kogemuste vahetamine ja kasulstika

BIKKENFELDT, R. — Filosoofiaseminaride töökogemusi . 277

ELBERG, E., KUKK, L., NURMAND, H. — Sügeliste diagnoosimise ja ravi iseärasusi . 439

FELDMANN, S., PAI, L., POKK, L. — Sömlilise periarteriidi juht . 33

HAABEL, A., KORSAR, A. — Kusepõie song . 37

KAPRAL, H. — Krooniliste kopsuhaiguste tsütoloogiline diagnoosimine . 106

KOFKIN, A. — Mao šellakbesoos . 201

KUUS, E., VIIRA, E. — Röntgenoloogiline uurimine seedetrakti ülemise osa verejooksu puhul . 352

LÄIDNA, M., JÄLVIK, H. — Bakteriuuria ja proteinuuria määramise kiirtest . 112

[LÄINKBERG, A.], SEPP, M. — Mesenteriaalne lümfadeniit . 109

LOIT, P.-H. — Kopsu perifeersetes ümar-kollete kateeterbiopsia . 354

LUKAS, A. — Kuuli migratsioon pärast diagnoosimata jäänud laskevigastust . 198

LUKAS, A., PIEL, L. — Pikaajalise elektrokardiostimulatsiooni tüsistused . 275

MIKELSAAR, R. — Progresseeruv ossifitseeruv müosiit . 35

PAI, L., HERING, L., POKK, L. — Ägeda (pahaloomulise) sklerodermia juht . 197

SILDVER, L. — Varajase puberteedi kliinilisi vorme . 409

VALDES, V. — Arvamus . 200

Abiks velskritele ja õdedele

BOCHMAN, F., NESTRIK, K. — Habemeajamispintslite desinfitseerimine . 208

ELSTEIN, N. — Ravimitest põhjustatud anafülaktilise šoki profülaktika ja ravi . 356

ПЯИ Л. Т. — Иммунопатология и клиника

ВЯРЕ Х. Я. — О клинических критериях алкогольной наркомании

Здравоохранение.

Научная организация труда

АРАК Э. Х. — Аптечный аналитический стол

КАМА Э. К., АЯСТА Н. Р. — Организация медицинской помощи сельскому населению

ЛЕХЕПУУ Б. К. — О работе в реанимационной палате

МИКЕЛЬСААР А.-В. Н. — О медико-генетической консультации

ТАММ О. М., ЯНЕС Х. Я. — Врач санитарно-эпидемиологической службы и его квалификация (данные анкетного опроса)

Обмен опытом и казуистика

БИРКЕНФЕЛЬДТ Р. Р. — Из опыта работы семинара по философским проблемам медицины

ЭЛЬБЕРГ Э. К., КУКК Л. П., НУРМАНД Х. П. — О некоторых особенностях диагностики и лечения чесотки

ФЕЛЬДМАН С. М., ПЯИ Л. Т., ПOKK Л. Р. — Случай острого узелкового периартериита

ХААВЕЛ А. А., КОРСАР А. О. — Грыжа мочевого пузыря

КАПРАЛ Х. А. — Цитологическая диагностика хронических заболеваний легких

КОФКИН А. С. — Шеллакобезоар желудка

КУУС Э. М., ВИИРА Э. О. — Рентгенологическое исследование при кровотечении из верхнего отдела пищеварительного тракта

ЛÄИДНА М. П., ЯЛВИКЕ Х. И. — Тест для быстрого определения бактериурии-протеинурии

[ЛÄINKBERG А. Я.], СЕПП М. Э. — Мезентериальный лимфаденит

ЛОИТ П.-Х. О. — О применении катеризационной биопсии при периферических очаговых процессах в легких

ЛУКАШ А. А. — Миграция пули при нераспознанном огнестрельном повреждении

ЛУКАШ А. А., ПИЭЛЬ Л. Л. — Об осложнениях при непрерывной электрокардиостимуляции

МИКЕЛЬСААР Р. Н. — Прогрессирующий оссифицирующий миозит

ПЯИ Л. Т., ХЕРИНГ Л. Х., ПOKK Л. Р. — Случай острой (злокачественной) склеродермии

СИЛЬДВЕР Л. М. — О клинических формах раннего пубертатного периода

ВАЛЬДЕС В. А. — Отзывы

В помощь фельдшерам и сестрам

БОХМАН Ф. А., НЕСТРИК К. Х. — Дезинфекция кисточек для бритвы

ЭЛЬШТЕИН Н. В. — Профилактика и лечение анафилактического шока медикаментозного происхождения

FREIBERG, I. — Hemangioomide ravi lastel	358
KALLAKMAA, O. — Ravivõimlemine lumbosakraalse diskogeense radikuliidi profülaktikaks ja raviks	202
KALLASMAA, S. — Uurimismetoodika areng Vabariikliku Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama bakterioloogialaboratooriumis	120
KAPRAL, H. — Kuidas võtta materjali tsütoloogiliseks uurimiseks	41
KOPLUS, M., LUTSOJA, H. — Sünteetilisest pesemisvahendist	116
LUIGA, E. — Hormoonpreparaatide kasutamise ohud	441
LÖVI, M. — Kaasasündinud huule- ja suulaelõhed ning nende ravi	444
PAULSON, J. — Bronhide läbitavuse häired	448
SÖERDE, K. — Meditsiinikooli õppelaboratooriumi apteegis	360
TALIHÄRM, A. — Barbituraatidest tingitud mürgistuste kliinik ja ravi	281
TAMM, O., KIRT, H., JÄNES, H. — Sanitaarvõltsed ja tema kvalifikatsioon (ankeetküsitluse andmed)	113
TATAR, T. — Suhkurtõbi ja rasedus	283
TOMANN, L. — Neurootiline depressioon	38
VAARIK, H. — Kasvajate kemoterapia	279
VAPRA, A. — Vitamiinid geriaatriapraktikas	206

Kaadri ettevalmistamine

JUUR, K. — Uusi arstiteaduse kandidaate	121
JUUR, K. — Uusi arstiteaduse kandidaate	209
KAAR, L. — Täiendus teadlaste kaadriks	43
KAAR, L. — Uusi arstiteaduse kandidaate	122
KAAR, L. — Täiendust kvalifitseeritud meditsiinkaadriks	290
KAAR, L. — Uusi arstiteaduse kandidaate	361
KAAR, L. — Leo Pokk arstiteaduse doktor	449
Kohtla-Järve Meditsiinikooli lõpetajad 1970 a.	366
KÖRGE, K. — Vello Salupere arstiteaduse doktor	450
MAAROOS, I. — Täienesid spetsialistide read	362
PIHL, H. — Joosep Reinaru doktorikraad	289
ROKS, B. — Uus teaduskond arstide ja farmatseutide kvalifikatsiooni tõstmiseks	285
SIIRDE, E. — Viktor Särgeva arstiteaduse doktoriks	290
Tallinna Meditsiinikooli lõpetajad 1970. a.	364
Tartu Meditsiinikooli lõpetajad 1970. a.	365

ФРЕЙБЕРГ И. А. — О лечении гемангиом у детей	
КАЛЛАКМАА Ы. А. — Лечебная физкультура при профилактике и лечении люмбосакрального дискогенного радикулита	
КАЛЛАСМАА С. А. — Развитие методики исследования в бактериологической лаборатории Республиканской санитарно-эпидемиологической станции	
КАПРАЛ Х. А. — Взятие материала для цитологического исследования	
КОПЛЮС М. О., ЛУТСОЯ Х. И. — Синтетические моющие средства	
ЛУЙГА Э. Э. — Опасности при лечении гормональными препаратами	
ЛЫВИ М. О. — Врожденные расщелины губы и носа и их лечение	
ПАУЛЬСОН Ю. Н. — О нарушениях бронхиальной проходимости	
СЫЭРДЕ К. Г. — Учебная лаборатория мелинсийской школы в аптеке	
ТАЛИХЯРМ А. А. — Клиника и лечение отравлений барбитуратами	
ТАММ О. М., КИРТ Х. К., ЯНЕС Х. Я. — Санитарный фельдшер и его квалификация (данные анкетного опроса)	
ТАТАР Т. О. — Сахарный диабет и беременность	
ТОМАНН Л. К. — Невротическая депрессия	
ВААРИК Х. М. — Химиотерапия опухолей	
ВАПРА А. Н. — Витамины в гериатрической практике	

Подготовка кадров

ЮУР К. Ю. — Новые кандидаты медицинских наук	
ЮУР К. Ю. — Новые кандидаты медицинских наук	
КААР Л. Ю. — Пополнение кадров ученых	
КААР Л. Ю. — Новые кандидаты медицинских наук	
КААР Л. Ю. — Пополнение квалифицированных медицинских кадров	
КААР Л. Ю. — Новые кандидаты медицинских наук	
КААР Л. Ю. — Лео Покк — доктор медицинских наук	
Окончившие Кохтла-Ярвескую медицинскую школу в 1970 г.	
КЫРГЕ К. Х. — Велло Салувере — доктор медицинских наук	
МААРООС И. Ю. — Ряды специалистов пополнились	
ПИХЛ Х. О. — Йосеп Рейнару — доктор медицинских наук	
РОКС Б. А. — Новый факультет по повышению квалификации врачей и фармацевтов	
СИИРДЕ Э. К. — Виктор Сяргава — доктор медицинских наук	
Окончившие Таллинскую медицинскую школу в 1970 г.	
Окончившие Тартускую медицинскую школу в 1970 г.	

Sanitaarharidustöö

BIRKENFELDT, R. — Tervise rahvaülikooli töökogemusi Kingissepa rajoonis	44
SUKLES, L. — Rapla rajooni tervise rahvaülikooli pedagoogide osakonna tööst	368
TAMMISTE, A. — Pärnu noorte meedikute klubi	210

Arstiteaduse ajaloo

GUSTAVSON, H. — Esimesed tänuavaldused Tallinna arstidele ajakirjanduses	131
GUSTAVSON, H. — Rõugepookimine Eestis aastail 1801 1816	212
GUSTAVSON, H. — Tallinna Vabariikliku IV Haigla apteek 100-aastane	372
JANES, V. — 20 aastat TRÜ Üliõpilaste Teadusliku Ühingu psühhiaatriaringi	292
KALNIN, V. — Arstide seltsid Narvas	46
KIRT, H., STŠERBAKOV, I. — 30 aastat Vabariiklikku Sanitaar- ja Epidemioloogijaama	451
ROKS, B. — Tallinna vanim mälestusmärk arstile	369

Konverentsid ja nõupidamised

AJASTA, N. — Meditsiinilise kiirabi alane üleliiduline nõupidamine	375
AREND, Ü. — IX rahvusvaheline anatoomide kongress	455
BARTELSEN, N. — Vabariiklik terapeütide nõupidamine	294
FREIBERG, I. — Skandinaaviamaade VI lastekirurgide kongress	456
FREIBERG, I. — II üleliiduline lastekirurgide konverents	129
GROSS, K. — Konverents Kaunases	296
JANES, V. — Tartu Riikliku Ülikooli ÜTÜ psühhiaatriaringi 20. aastapäeva tähistav konverents	296
KALNIN, V. — IV üleliiduline meditsiinajaloo konverents	374
KALNIN, V. — VIII Baltimaade teaduse ajaloo konverents	453
KAPRAL, H. — Üleliidulise Arstide-Laborantide Teadusliku Ühingu pleenum	54
KURUL, H. — Riikliku Teadusliku Meditsiinilise Raamatukogu 25. aastapäev	49
KUNG, V. — 25 aastat Arstiteaduse Akadeemiat	127
LAAN, I. — Leedu, Läti, Eesti ja Valgevene liiduvabariikide reumatoloogide II konverents	51
LAAN, I. — Tervishoiuorganisatsiooni, arstiteaduse ajaloo ja sotsiaalhügieeni konverents	294
LEHEPUU, B. — Anestesioloogide IV rahvusvaheline sümposium	54

Санитарно-просветительная работа

БИРКЕНФЕЛЬДТ Р. Р. — Из опыта работы народного университета Кингисепского района	
СУКЛЕС Л. Я. — О работе педагогического отдела народного университета здоровья Раплаского района	
ТАММИСТЕ А. А. — Клуб юных медиков в гор. Пярну	

Из истории медицины

ГУСТАВСОН Х. А. — Первые благодарности таллинским врачам на страницах печати	
ГУСТАВСОН Х. А. — Ослопививание в Эстонии в годы 1801—1816	
ГУСТАВСОН Х. А. — Аптеке Таллинской IV Республиканской больницы 100 лет	
ЯНЕС В. Х. — Кружку психиатрии студенческого научного общества ТГУ 20 лет	
КАЛНИН В. В. — Врачебные общества г. Нарвы	
КИРТ Х. Г., ЩЕРБАКОВ И. Ф. — 30-летие Республиканской санитарно-эпидемиологической станции	
РОКС Б. А. — Старейший надгробный памятник врачу в г. Таллине	

Конференции и совещания

АЯСТА Н. Р. — Всесоюзное совещание по вопросам медицинской скорой помощи	
АРЕНД Ю. Э. — IX Международный съезд анатомов	
БАРТЕЛЬСЕН Н. А. — Республиканское совещание по вопросам терапии	
ФРЕЙБЕРГ И. А. — VI съезд детских хирургов скандинавских стран	
ФРЕЙБЕРГ И. А. — II Всесоюзная конференция детских хирургов	
ГРОСС К. Я. — Конференция в Каунасе	
ЯНЕС В. Х. — Конференция, ознаменовавшая 20-летие кружка психиатрии СНО ТГУ	
КАЛНИН В. В. — IV Всесоюзная конференция по вопросам истории медицины	
КАЛНИН В. В. — VIII конференция по истории наук Прибалтики	
КАПРАЛ Х. А. — Всесоюзный пленум Научного общества врачей-лаборантов	
КУРУЛ Х. А. — 25-летие Государственной научной медицинской библиотеки	
КЮНГ В. А. — Академии медицинских наук СССР — 25 лет	
ЛААН И. Ю. — II конференция ревматологов Литовской, Латвийской, Эстонской и Белорусской союзных республик	
ЛААН И. А. — Конференция по организации здравоохранения, вопросам истории медицины и социальной гигиены	
ЛЕХЕПУУ Б. К. — IV Международный симпозиум анестезиологов	

LEIBUR, E. — XXIV üleindialine stomatoloogide konverents	217	ЛЕЙБУР Э. Э. — XXIV конференция стоматологов Индии	
LUKAS, A. — Kohtuarstide V üleliiduline konverents	52	ЛУКАШ А. А. — V Всесоюзная конференция судебных медиков	
LUTS, A. — Elektroaerosoolidealane teaduslik-tehniline nõupidamine	49	ЛУТС А. Э. — Научно-техническое совещание по электроаэрозолям	
LÕVI, M. — Üleliidulise Stomatoloogide Seltsi X pleenum ja sessioon	53	ЛЫБИ М. О. — X пленум и сессия Всесоюзного общества стоматологов	
MARDNA, U. — Gastroenteroloogide konverents	295	МАРДНА У. Б. — Конференция гастроэнтерологов	
MARKUSAS, F. — Eesti NSV spordiartide VIII vabariiklik konverents	50	МАРКУСАС Ф. Г. — VIII Республиканская конференция спортивных медиков	
MASER, L. — Üleliiduline pleenum	216	МАЗЕР Л. Ю. — Всесоюзный пленум	
MEHILANE, L. — Üleliiduline psühhofarmakoloogide sümposium	454	МЕХИЛАНЕ Л. С. — Всесоюзный симпозиум психофармакологов	
PIHL, H. — Soolenakkuste konverents Leedu NSV-s	128	ПИХЛ Х. О. — Конференция по кишечным инфекциям в Литовской ССР	
PIHL, H. — Narva Linna Haigla konverentsilt	295	ПИХЛ Х. О. — Конференция Нарвской городской больницы	
PIHL, H. — Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi seitsmes konverents	453	ПИХЛ Х. О. — Седьмая конференция Таллинского научно-исследовательского Института эпидемиологии, микробиологии и гигиены	
PIHL, H. — Viies Balti vabariikide parasitoloogide konverents	454	ПИХЛ Х. О. — Пятая конференция паразитологов Балтийских республик	
PURDE, M., RAHU, M. — Vähi epidemioloogia pleenum	374	ПУРДЕ М. К., РАХУ М. А. — Пленум по вопросу эпидемиологии рака	
PÖLDVERE, E. — VII üleliiduline elektronmikroskoopia konverents	52	ПЫЛДВЕРЕ Э. И. — VII Всесоюзная конференция по вопросам электронмикроскопии	
PAI, L. — XII rahvusvaheline reumatoloogide kongress	130	ПЯИ Л. Т. — XII Международный съезд ревматологов	
RAND, V. — II üleliiduline gerontoloogide ja geriaatrite konverents	130	РАНД В. А. — II Всесоюзная конференция геронтологов и гериатров	
SAARMA, V. — IV ülemaailmne gastroenteroloogide kongress	456	СААРМА В. А. — IV Всемирный съезд гастроэнтерологов	
SALZMAN, S. — Eesti NSV röntgenoloogide ja radioloogide konverents	215	ЗАЛЬЦМАН С. М. — Конференция рентгенологов и радиологов Эстонской ССР	
SIIG, M. — Kaks nõupidamist	296	СИИГ М. К. — Два совещания	
SIKK, M. — Velskrite konverents	216	СИКК М. К. — Конференция фельдшеров	
SILLAM, A. — Kivisõetõestuses esinevate kutsehaiguste profülaktika alane üleliiduline konverents	53	СИЛЛАМ А. Т. — Всесоюзная конференция по вопросам профилактики профзаболеваний в каменноугольной промышленности	
TALIHÄRM, A. — Balti liiduvabariikide tervishoiu ministriumide õpetatud nõukogu ühendatud pleenum	51	ТАЛИХЯРМ А. А. — Объединенный пленум ученых советов министерств здравоохранения Прибалтийских союзных республик	
VEINPALU, E., MÜLLERBEK, E. — Rahvusvahelisel sümposiumil	55	ВЕЙНПАЛУ Э. Ю., МЮЛЛЕРБЕК Э. Х. — Международный симпозиум	
VELBRI, S. — Kolmas üleliiduline immunopatoloogiakonverents	129	ВЕЛЬБРИ С. К. — Третья Всесоюзная конференция по иммунопатологии	
VELDRE, I. — Üleliiduline konverents veehügieeni ja veekogude sanitaarkaitse alal	128	ВЕЛДРЕ И. А. — Всесоюзная конференция по гигиене воды и санитарной охране водоемов	
VIHM, N. — Eesti NSV stomatoloogide nõupidamine	374	ВИХМ Н. А. — Совещание стоматологов Эстонской ССР	

Tähtpäevad

Anna Kalamees 70-aastane	458
Edgar Padrik 60-aastane	297
Elena Müllerbek 50-aastane	377
Feliks Raudkepp 70-aastane	376
Ilmar Laan 50-aastane	58
Irina Masik 50-aastane	136
Joosep Beltšikov 50-aastane	298
Klavdia Bežanitskaja 80-aastane	57
Malev Uibo 50-aastane	57
Nikolai Bartelsen 60-aastane	298

Юбилейные даты

70-летие Анны Каламээс	
60-летие Эдгара Падрика	
50-летие Елены Мюллербек	
70-летие Феликса Радкеппа	
50-летие Илмара Лаана	
50-летие Ирины Мазик	
50-летие Йосепа Бельчикова	
80-летие Клавдии Бежанитской	
50-летие Малева Уйбо	
60-летие Николая Бартельсена	

Professor A. Valdes 85-aastane	56
Professor Elmar Siirde 60-aastane	134
Professor Herman Vahter 50-aastane	225
Professor Leo Päi 50-aastane	377
PAI, L. — Onnitleme dotsent Valve Saar- mat	135
Riho Roots 70-aastane	459
Salva Gulordava 50-aastane	457

Meditsiinitehnika

KADARIK, B. — Ultraheli-aerosoolid inha- latsiooniteraapias	132
KIVIKINK, L. — Elektronoptiline või- mendi Chirana ZOX 190 A	59
LAANE, E., ANTON, T. — Gaasivahetuse uurimise aparaat «Tamula-1»	462
LAANE, E., LAANE, K. — Kopsude alveo- laarõhu uurimise seade «Sadra II»	383
LUMI, B. — Leekfotomeeter vere elektro- lüütide määramiseks	226
TOOMESSOO, M. — УВЧ-30 ja УВЧ-66	303

Kriitika ja bibliograafia

JANES, H. — Sanitaarmiinimum masina- ehitustööstuse töolistele	380
KALNIN, V. — Oluline panus meditsiini- bibliograafiasse	61
KOMAROV, F. — Praktilise gastroente- roloogia küsimusi	460
KOOK, E. — Bibliograafilisi kartoteeke Meditsiinilises Raamatukogus	62, 140, 223, 300, 382, 462
LAAN, I., MILLER, A. — Eesti NSV auto- rite arstiteaduslikud artiklid aastail 1966...1968	219
LOOGNA, N. — Naha tervishoiust	381
ROODE, E., LUTS, L. — Märkusi J. Pas- sõnkovi «Füsioteraapia» tõlke kohta	299
VIRKUS, A. — Brošüür toitlustamisest	378

In memoriam

Hans Roots (19. I 1912...4. VI 1970)	302
Karl Lust (23. II 1913...9. V 1970)	303
Professor Artur Linkberg (16. IV 1899... 10. II 1970)	218

Välismaalt

Eesti NSV meedikute delegatsioon külas tas Soomet	387
FREIBERG, I. — Lastekirurgia korraldu- sest Saksa Demokraatlikus Vabariigis	137
KINK, M. — Soome viroloogidel külas	305
ROKS, B. — Himaalajast Lõuna-Indiani	63

Asklepiose klubis

Teaduslik uurimistöö vabariigis	147
---	-----

Intervjuu

Neurokirurgide ja neuroloogide ülemaailm- sel foorumil	123
---	-----

85-letie profesora A. Valdеса
60-letie profesora Эльмара Сийрде
50-letie profesora Хермана Вахтера
50-letie profesora Лео Пяй
ПЯЙ Л. Т. — Поздравляем доцента Вальве Саарма
70-letie Рихо Ротса
50-letie Шалвы Гулордава

Медицинская техника

КАДАРИК Б. А. — Аэрозоли ультра- звука в ингаляционной терапии
КИВИКИНК Л. А. — Электронно-опти- ческий усилитель Chirana ZOX 190 A
ЛААНЕ Э. Я., АНТОН Т. О. — Аппарат «Тамула-1» для исследования газовой обмена
ЛААНЕ Э. Я., ЛААНЕ К. Я. — Уста- новка для получения альвеолярного воздуха
ЛУМИ Б. Ю. — Пламенный фотометр для определения электролитов крови
ТООМЕССОО М. А. — УВЧ-30 и УВЧ-66

Критика и библиография

ЯНЕС Х. Я. — Санитарный минимум для рабочих машиностроительной про- мышленности
КАЛНИН В. В. — Существенный вклад в медицинскую библиографию
КОМАРОВ Ф. И. — Вопросы практиче- ской гастроэнтерологии
КООК Э. Э. — Библиографические карто- теки в Медицинской библиотеке
ЛААН И. А., МИЛЛЕР А. И. — Статьи по медицине авторов Эстонской ССР за 1966—1968 гг.
ЛООГНА Н. А. — Гигиена кожи
РООДЕ Э. А., ЛУТС Л. Л. — Примеча- ния к переводу «Физиотерапия» Е. Па- сынкова
ВИРКУС А. Ю. — Брошюра о питании

Ин мемориам

Ханс Ротс (19. I 1912...4. VI 1970)
Карл Луст (23. II 1913...9. V 1970)
Профессор Артур Линкберг (16. IV 1899 ...10. II 1970)

За рубежом

Делегация эстонских медиков посетила Финляндию
ФРЕЙБЕРГ И. А. — О детской хирур- гии в Германской Демократической Республике
КИНК М. А. — В гостях у финских ви- русологов
РОКС Б. А. — От Гималаев до Южной Индии

В клубе Эскулапа

Научно-исследовательская работа в рес- публике

Интервью

На Всемирном форуме нейрохирургов и неврологов

Ringküsitus

Kaks vastust kahele aktuaalsele küsimu-
sele 226, 304, 386, 464

Uusi ravimeid

JURISON, A. — Andekaliin, glükotsük-
liin, kloorprotikseen 313
JURISON, A. — Bellasoon, halidoor,
tabeks 68
JURISON, A. — Bruneomütsiin, proteiin
390
JURISON, A. — Dopegüüt 235
JURISON, A. — Galasoliin, romasulaan,
sonapaks 474
JURISON, A. — Inhalüpt, medrotestroon-
propionaat, pentreksiül 140

Mitmesugust

KADASTIK, H. — Seksuoloogiaprobleeme . 230
KOPPEL, E., TIIT, E. — Abiellumus Tar-
tus 1968. aastal (statistiline käsitus) . 142
LEPIK, E. — Düsgraafia 308
LOOGNA, G. — *Sententiae, dicta, pro-
verbia latina in medicina usitata* 470
Meditsiiniuudiseid lühidalt 234, 312, 391
ROKS, B. — Uus sünnitusmaja avab ukсед 466
RÄTSEP, P. — 1969. aasta Nobeli preemia
laureaadid 228
TALIHÄRM, A. — Uusi ratsionaliseerimis-
ettepanekuid 469

Lugeja kiri

LAAN, V. — Christian Barnardi raamat
«Üks elu» 475

Juriidilist nõuannet

PALGINÖMM, M., MEIKAS, U. — Juriidilist nõuannet 224
PALGINÖMM, M. — Juriidilist nõuannet 301, 383

Tsiviilkaitse

KOROBTSENKO, A., GRINSPUN, L.,
UMANSKI, S. — Taskulükati «Mürkai-
netest kahjustatute diagnoosimine ja
esmaabi» 473
Kroonika 70, 155, 236, 314, 392, 476
Vastukajad 78, 238, 478
Uusi raamatuid 79, 159
Eesti NSV-s ilmunud uudiskirjandust 239, 397

Опрос

Два ответа на два актуальных вопроса

Новые лекарственные препараты

ЮРИСОН А. Я. — Андекалин, гликоцик-
лин, хлорпротиксен
ЮРИСОН А. Я. — Беллазон, галидор,
табекс
ЮРИСОН А. Я. — Брунеомицин, про-
теин
ЮРИСОН А. Я. — Допегит
ЮРИСОН А. Я. — Галазолин, ромазу-
лан, сонапакс
ЮРИСОН А. Я. — Ингалипт, медро-
тестронпропионат, пентрексил

Разное

КАДАСТИК Х. Й. — Некоторые пробле-
мы сексуологии
КОППЕЛ Э. Й., ТИЙТ Э. А. — Брако-
сочетания в городе Тарту в 1968 году
(статистическое рассмотрение)
ЛЕПИК Э. А. — Дисграфия
ЛООГНА Г. О. — Предложения, выска-
зывания, пословицы на латинском язы-
ке, употребляемые в медицине
Новое в медицине
РОКС Б. А. — Открывается новый ро-
дильный дом
РЯТСЕП П. Я. — Лауреаты Нобелев-
ской премии за 1969 год
ТАЛИХЯРМ А. А. — Новые рационали-
заторские предложения

Письмо читателя

ЛЯЭН В. Й. — Книга Кристиана Бар-
нара «Одна жизнь»

Юридическая консультация

ПАЛЬГИНЫММ М. М., МЕЙКАС У. Э.
— Юридическая консультация
ПАЛЬГИНЫММ М. М. — Юриде-
ческая консультация

Гражданская оборона

КОРОБЧЕНКО А. А., ГРИНШПUN
Л. Ф., УМАНСКИЙ С. Ш. — Карман-
ный планшет «Диагностика и первая
помощь пораженному БОВ»

Хроника

Отклики

Новые книги

Новые книги в Эстонской ССР

NÕUKOGUDE EESTI TERVIS- HOID

EESTI NSV TERVISHOIU
MINISTEERIUMI AJAKIRI

6/70

13. AASTAKÄIK

Toimetuse kolleegium

**N. AJASTA, N. ELSTEIN, A. JANNUS, V. KÜNG, U. MEIKAS, E. RAU-
DAM, V. RÄTSEP, J. SAARMA, O. TAMM** (peatoimetaja)

Toimetuse nõukogu

**L. Abram (Viljandi), M. Holm (Jõgeva), V. Ilmoja (Tallinn), A. Juhasoo
(Põlva), R. Kariis (Haapsalu), A. Klink (Võru), H. Kreek (Pärnu),
P. Ott (Rakvere), D. Pärn (Hiiumaa), P. Rahu (Valga), V. Roos (Kohtla-
Järve), L. Siirak (Harju rajoon), M. Sikk (Tartu rajoon), M. Silland
(Narva); G. Sukles (Rapla), A. Tamm (Paide), O. Valvere (Kingissepa),
V. Vessar (Tartu)**

TARTU ÜLIKOOL
RAAMATUKOGU

* Tehniline toimetaja H. Känd. Keeleline toimetaja E. Martson.

* Toimetuse aadress: Tallinn 1, postkast 19, Tartu maantee 16. Tele-
fonid 220-07 ja 233-98. Kirjastus «Perioodika», Tallinn, Pikk t. 37,
tel. 483-37.

Ladumisele antud 2. X 1970. Trükkimisele antud 6. XI 1970. Trüki-
arv 5000. Kohila Paberivabriku kalandreeritud trükipaber nr. 2
70×108, 1/16. Trükipoognaid 5,25+3 kleebist + lisa. Tingtrükipoognaid
8,93. Arvutuspoognaid 9,91. Tellimise nr. 5839. MB-09214. H. Heide-
manni nim. trükikoda, Tartu, Ulikooli 17/19. I.

* Журнал «Ньюкогуде Ээсти Тервисхойд» (Здравоохранение Советской
Эстонии). Выходит 6 раз в год. На эстонском языке. Орган Министерства
здравоохранения Эстонской ССР. Издательство «Периодика», Таллин.



Kosutavad mahlajoogid

Tartu Konservitehase

VILJALIHAGA MAHLADEST

vähendavad väsimust ja parandavad enesetunnet

Teooria ja praktika

TOITMISE, KEHALISE KOORMUSE JA NUTU MÕJU HAIGETE LASTE VERE HAPPE-LEELISE TASAKAALULE

LEIDA KERES
TIIA SOO

Tartu

UDK 612.015.31 : 616-053.2

Haigetel lastel esimestes eluaastates kujuneb metabolismlik atsidoos kerge-
mini kui vanemaealistel. Eriti raskeks
muutub ägedat kopsupõletikku põdeva
lapse seisund siis, kui metabolismlik
atsidoos lisandub hüperkarniale, sest
vere pH tugevasti langeb (2, 3, 4).

Atsidoosi tekke põhjused võivad olla
mitmesugused:

1) orgaaniliste ainete tekke suurene-
mine kudede hüpoksia, oksüdatsiooni-
protsesside intensiivsuse nõrgenemise,
motoorse rahutuse või nälgimise tõttu;

2) orgaaniliste hapete organismi vii-
mine veelgi suuremates kogustes (toit,
mille jääk on happelise ülekaaluga, ra-
vimitena kasutatavad happed);

3) hapete eritumise häire puuduliku
diureesi tõttu;

4) leeliseste ainete erakordselt suur
kadu uriini või roojaga.

Haiged lapsed ei söö ega joo küllalda-
selt, nad valivad toite, on sageli motoor-
selt rahutud, ei pea kinni lamamisreži-
imist ja nutavad palju. Seedetegevuse
soodustamiseks antakse neile sageli ha-
pustatud ja hapendatud piima. Kuigi
mitmesuguste happepiimade kasutamine
mõnede autorite andmeil (7, 8) ei muuda
vere happe-leelise tasakaalu, leidub siiski
viiteid, et happepiimad põhjustavad
happe-leelise tasakaalu vähest nihet
atsidoosi suunas (5, 6, 12), vastündinut-
tel, nii enneaegsetel kui ka ajalistel,
isegi kergekujulist metabolismlikku atsidoosi
(9, 10, 11). Piimhappepiimas on
0,37% piimhapet. Üks päev hapendatud
kefiir sisaldab V. Zaikovski (1) andmetel
0,54% piimhapet. Kui haigele anda
200 g piimhappepiima, saab ta seega
0,75 g piimhapet, s. o. 8 m-ekv hapet.
Kui haigel lapsel piimhappe küllaldaselt
ei metaboliseeru, võib tunduvalt suu-

reneda ekstratsellulaarse vedeliku
piimhappesisaldus. Näiteks võib ekstra-
tsellulaarse vedeliku piimhappesisaldus
8 kg kehakaaluga imikul pärast 8 m-ekv
piimhappe saamist suurenedagi 2,8
m-ekv/l.

Haigetel lastel tekivad sageli vedeli-
kuga varustatuse häired (joogist keel-
dumisel, oksendamisel), mil on takista-
tud ainevahetuse jääkproduktide ja hai-
guse ajal kujunenud toksiliste ainete
küllaldane renaalne eritumine. Intoksi-
katsiooniga ja metabolismliku atsidoosiga
haigete üks ravi võtteid on rohke vede-
liku organismi viimine, et suurendada
diureesi ja kiirendada seega kahjulike
ainete eritumist.

K. Ofteringer ja H. Schreier (6) uuri-
sid rohke vee andmise toimet tervetel
vastündinutel esimestel elupäevadel.
Kõik uuritavad said piima võrdselt,
osale anti lisaks 60...80 ml/kg glükoo-
siga magustatud vett ööpäevas. Selgus,
et siis, kui anti ka vett, olid vere pH ja
hüdrokarbonaatidesisaldus suuremad.

Käesoleva töö eesmärk oli selgitada,
millisel määral muudavad toitmine,
jootmine, füüsiline koormus ja nutmine
organismi happe-leelise tasakaalu atsi-
doosita haigetel. See oli tarvilik, et sel-
gusele jõuda, kas metabolismliku atsi-
doosi vältimiseks on vaja eri toitmis-
pöetamisrežiimi. Uuritavateks valiti mit-
mesuguste diagnoosidega haiged, kellel
ei olnud mingisuguseid vere happe-lee-
lise tasakaalu nihkeid ja kelle üldsei-
sund oli rahuldav. Vere happe-leelise
tasakaal määrati Astrupi mikromeeto-
dil, kusjuures kasutati Siggaardi-Ande-
seni nomogrammi. Kokku uuriti 62 last,
tehti 171 uuringut (vt. tabel).

Et selgitada, kas atsidoosita haigetel
tekib piimhappepiima kasutamisel hap-

Mitmesuguste tegurite mõju vere happe-leelise tasakaalule

Tegur	Uuritute arv	Uurimise aeg	BE m-ekv/l		
			M±m	erinevus lähteväärtusest	
				m-ekv/l	p
150 ml piimhappepiima joomisel üks kord	10	enne	0,0±0,5		
		1 t. pärast	-2,7±0,6	-2,7	<0,001
		2 t. pärast	-0,9±0,6	-0,9	>0,05
Vee joomine 30 ml/kg	17	enne	-3,6±0,6		
		1 t. pärast	-3,9±0,7	-0,3	>0,05
		2 t. pärast	-0,6±0,6	+3,0	<0,01
Möödukas keheline tegevus 20'	15	enne pärast	-2,5±1,5 -3,0±2,5	-0,6	>0,05
Nutmine 2'	10	enne pärast	-0,1±0,7 -0,5±0,8	-0,4	>0,25
Nutmine ja rabelemine 10'	10	enne pärast	-0,9±0,8 -1,9±0,6	-1,0	>0,05

pe-leelise tasakaalu muutusi, tehti uuringud kümnel nelja kuu kuni kahe aasta vanusel paraneval haigel.

Leeliseste ainete ülekaal* oli enne piimhappepiima andmist keskmiselt $0,0 \pm 0,5$ m-ekv/l, ühe tunni pärast $-2,7 \pm 0,6$ m-ekv/l, seega 2 m-ekv/l madalam. Erinevus oli statistiliselt tõepärane ($p < 0,001$). Kaks tundi pärast happepiima andmist oli leeliseste ainete ülekaal keskmiselt $-0,9 \pm 0,6$ m-ekv/l. Keskmise pH oli enne piimhappepiima andmist $7,44 \pm 0,03$, üks tund pärast happepiima andmist $7,38 \pm 0,05$, seega 0,06 ühikut madalam. Erinevus oli samuti statistiliselt tõepärane ($p < 0,001$). Kaks tundi pärast piimhappepiima andmist oli keskmine pH $7,41 \pm 0,04$, seega lähteväärtusest 0,03 ühikut madalam ($p < 0,01$).

Järgmisena uuriti, millisel määral muutub atsideosita haigetel happe-leelise tasakaal pärast rohke vee andmist. Alla kahe aasta vanustele lastele ei ole võimalik joota suurt veekogust, sest nad ei allu korraldusele. Vägisi andmisel aga võib kõrvaltoimet avaldada lapse rabelemine. Seetõttu uuriti 4...12 aasta vanuseid haigeid. Lastele anti 1,5 tundi pärast söömist 30 ml/kg vett. Sellist annust kasutatakse neerude lahjendusvõime uurimiseks. Vere uuringud

tehti enne ning üks ja kaks tundi pärast vee joomist. Ühe tunni pärast ei olnud vere leeliseste ainete ülekaal olulisel määral muutunud, kahe tunni pärast aga oli see keskmiselt $+3,0$ m-ekv/l suurem ja lähteväärtusest oluliselt erinev ($p < 0,01$). Seega pärast koormust muutub vere happe-leelise tasakaal leeliseste ainete kasuks.

Et selgitada, kuivõrd muudab möödukas motoorne tegevus vere happe-leelise tasakaalu seoses piimhappe produktiooni tõusuga lihaste töö toimel, uuriti 15 paranevat last vanuses 4...20 kuud. Esimene vereuuring tehti kohe pärast ärkamist, kui laps oli maganud 20 minutit või rohkem. Siis 20 minutit või rohkem või valiti mingi muu möödukas füüsiline tegevus (kõnniti, tantsiti). Sellele järgnes teine vereuuring. Pärast magamist oli 15 uuritava leeliseste ainete ülekaal keskmiselt $-2,5 \pm 1,5$ m-ekv/l, pärast 20 minutit kestnud möödukat füüsilist tegevust $-3,0 \pm 2,5$ m-ekv/l, seega keskmiselt 0,5 m-ekv/l madalam. Statistiliselt aga olulist erinevust happeleelise tasakaalu keskmiste näitajate vahel ei olnud ($p > 0,05$).

Haiged imikud ja väikelapsed nutavad sageli vereproovi võtmise ajal ning mitmesuguste protseduuride tegemisel, nad hakkavad nutma ka spontaanselt. Et selgitada, kas nutmine muudab organismi happe-leelise tasakaalu, uuriti 20 alla kahe aasta vanust paranevat last. Vere uuringud tehti rahuolekus ning

* Leeliseste ainete ülekaalu märgitakse ingliskeelses kirjanduses tähtedega BE (base excess).

pärast kaks ja kümme minutit kestnud nuttu. Pärast kaheminutilist nuttu oli leelisest ainete ülekaal 10 lapsel keskmiselt 0,4 m-ekv/l madalam ning pärast 10 minutit kestnud nuttu ja rabelemist keskmiselt 1,0 m-ekv/l madalam. Statistiliselt olulist erinevust ei olnud.

Eeltoodud andmetest selgub, et atsidoosi nähtudeta alla kahe aasta vanustel haigetel lastel, kui nende seisund on rahuldav, muutub vere happe-leelise tasakaal piimhappepiimaga toitmisel atsidoosi suunas ning vee koormuse korral alkaloosi suunas. Mõõdukas füüsiline koormus ja nutmine vere happe-leelise tasakaalu oluliselt ei muuda. Töö tulemusi tuleb arvestada haigetele põetusrežiimi määramisel. Neil, kellel metabolistliku atsidoosi kujunemine on ootuspärane, tuleb rakendada atsidoosivastast põetusrežiimi. Toiduna ei ole õige kasutada piimhappepiima ega kefiiri. Kui vastunäidustused puuduvad, on organismi tarvis viia rohkesti vedelikku. Soovitatav on vältida füüsilist pingutust ja pikaajalist nutmist, sest osal haigetest leelisest ainete ülekaal neil juhtudel ilmselt vähenes.

KIRJANDUS: 1. Зайковский В. С. Химия и физика молока и молочных продуктов, М., 1950. — 2. Керес Л. М., Сильдвер Л. М. Педиатрия, 1969, 9, 35—38. — 3. Морозова Е. Е. Вопр. охраны материнства и детства, 1966, 10, 60—65. — 4. Сулейманова Н. С. Педиатрия, 1964, 8, 53—57. — 5. Offeringer, K. et al. Monatschr. Kinderheilkunde, 1966, 114, 6, 341—344. — 6. Offeringer, K., Schreier, H. Monatschr. Kinderheilkunde, 1965, 113, 4, 241—243. — 7. Zeisel, H.,

Hockerts, Th. Monatschr. Kinderheilkunde, 1964, 112, 2, 56—60. — 8. Toussaint, W., Ozawa, K. Z. Kinderheilkunde, 1966, 95, 11—23. — 9. Ungari, S. et al. Z. Kinderheilkunde, 1965, 92, 2, 105—112. — 10. Ungari, S. et al. Z. Kinderheilkunde, 1965, 92, 1, 55—66. — 11. Vesterdal, J. L. Acta paediatr. scand. suppl. 159, 1965, 144. — 12. Weber, H. et al. Monatschr. Kinderheilkunde, 1966, 144, 4, 207—211.

РЕЗЮМЕ. Об изменении кислотно-щелочного баланса в связи с кормлением, физической нагрузкой и плачем у больных детей. Л. М. Керес, Т. Р. Соо. У детей в возрасте до 2-х лет с разными заболеваниями, у которых отсутствовали нарушения со стороны кислотно-щелочного баланса крови, исследовали влияние кормления, физической нагрузки и плача на изменение рН и щелочной избыток крови. Исследования проводились микрометодом Аструпа из артериализированной капиллярной крови. Всего проведено 171 исследование у 62 детей.

Однократное кормление детей окисленным молочной кислотой молоком существенно снизило щелочного избытка крови, в среднем на $2,7 \pm 0,6$ мэкв/л.

Пероральное введение воды в дозе 30 мл/кг вызывало повышение щелочного избытка крови в среднем на 3 мэкв/л. Изменения оказались статистически достоверными.

Умеренная физическая нагрузка в течение 20 минут и плач в течение 10 минут вызывает незначительный ацидотический сдвиг, хотя статистической достоверности не имеет.

Во избежание возникновения метаболического ацидоза следует детей обильно снабжать жидкостью. Не рекомендуется употреблять окисленное молоко для кормления детей при опасности ацидоза.

TRÜ Arstiteaduskonna pediaatria kateeder

REESUSANTIKEHADE TIITER VASTSÜNDINUTE HEMOLÜÜTILISE TÖVE PROGNOOSI ASPEKTIST

GENNADI DORFMAN
Tallinn

UDK 616.36-008.5-053.31

Esimesed andmed vastsündinute hemolüütilise töve kohta (vanas terminoloogias «fetaalne erütroblastoos») pärinevad möödunud sajandi lõpust. Haiguse tõeline põhjus jäi aga välja selgitamata, vaatamata rohketele sellekohas-

tele teooriatele ja hüpoteesidele. Alles 1940. aastal, pärast seda, kui K. Landsteiner ja A. Wiener olid avastanud reesusantigeeni, sõnastati lõplikult vastsündinute hemolüütilise töve päritolu isoimmunisatsiooniteooria (16).

Selle teooria järgi tungib loote reesusfaktor platsenta kaudu reesusnegatiivse verega ema vereringesse ja põhjustab ema organismi immuniseerumise ning reesusantikehade tekke. Ema veres moodustunud antikehad satuvad läbi platsenta loote vereringesse ning kutsuvad esile antigeen-antikeha reaktsiooni. See ongi hemolüütilise tõve vallandaja. Nimetatud reaktsioon kulgeb ikteerilise haigusvormi korral veres, muude vormide korral peamiselt maksas, kus antikehade kontsentratsioon on maksimumaalne.

P. Gurevitši andmeil (1) määravad vastsündinute hemolüütilise tõve vormi arengu kolm tegurit: 1) loote organismi reaktiivsus, mis sõltub tema vanusest; 2) reesusantikehade hulk loote organismis; 3) loote üsisisene või -väline asetus.

V. Tabolin (7) märgib, et haiguse raskusastet ei saa seostada emalt platsenta kaudu saadud reesusantikehade hulgaga. Kirjanduses ei ole ühtset seisukohta vastsündinute hemolüütilise tõve raskusastme ja ema reesusantikehade tiitri vahelise sõltuvuse suhtes. Nii on K. Sterni andmeil (17) patoloogilise protsessi raskusaste vastsündinul otseses sõltuvuses reesusantikehade tiitrist ema veres, s. t. mida kõrgem on reesusantikehade tiiter emal, seda raskem on hemolüütiline tõbi vastsündinul. L. Diamond isegi soovib verevahetust kõikidel lastel, kelle emadel reesusantikehade tiiter veres oli 1:16 või kõrgem.

Paljud autorid (4, 5, 6, 11, 12, 13, 20, 22 jt.) on arvamusel, et reesusantikehade tiiter ei saa olla vastsündinute hemolüütilise tõve raskusastme usaldusväärne näitaja. Teiselt poolt kinnitavad L. Timošenko ja kaasautorid (8), et vastsündinute hemolüütilise tõve ödematoosete ja ikteeriliste vormide korral on reesusantikehade tiiter ema veres alati kõrge, 1:32 ja veelgi kõrgem, seevastu haiguse aneemiliste variantide puhul antikehi ei leita peaaegu mitte kunagi.

N. Drobõševa (2), G. Tovey ja T. Valaes (19) on seisukohal, et hemolüütilise tõve raskekujulised vormid ilmnevad sageli siis, kui reesusantikehade tiiter ema veres on kõrge, või blokeerivate ja latentsete antikehade olemasolul.

On tähelepanekuid (14), mille järgi reesuskonflikt vastsündinutel kulges hemolüütilise tõve kliiniliste tunnusteta, ehkki ema veres oli reesusantikehi tiitrites 1:256, 1:512, 1:16 000.

Et puudus ühtne seisukoht reesusantikehade tiitrist ema veres kui vastsündinute hemolüütilise tõve raskusastet määravast tegurist, esitati (7, 15, 21) uued prognostilised orientiirid (müelogrammi uurimine rasedal, lootevete bilirubiinisalduse määramine, retikulo-tsüütide arvu kindlakstegemine raseda perifeerses veres jms.). Kliinilisel kontrollimisel aga selgus (7, 8), et uurimisel ühtedel meetoditel ei ole väärtust diagnoosimise seisukohalt, teisi aga ei saa meditsiinipraktikas kasutada tehnilise

Tabel 1

Vastsündinute hemolüütilise tõve vormide ja raskusastme olemus reesusantikehade tiitrist ema veres

Vastsündinute hemolüütilise tõve vorm ja raskusaste	Uuritud vastsündinute arv	Reesusantikehade tiiter									
		1:2	1:4	1:8	1:16	1:32	1:64	1:128	1:256	1:512	1:1024
Ödematoosne	25	4	1	—	4	5	5	4	2	—	—
Ikteerilis-ödematoosne	7	2	—	1	—	1	3	—	—	—	—
Ikteerilisaneeemiline	10	2	1	—	—	3	2	—	2	—	—
Raskekujuline ikteeriline	34	3	1	3	8	5	9	5	—	—	—
Kergekujuline ja keskmise raskusega ikteeriline	26	4	2	4	3	3	4	3	1	1	1
Aneemiline	13	—	1	2	1	2	2	2	1	2	—
Kokku	115	15	6	10	16	19	25	14	6	3	1

Emade ja nende laste jaotumine veregruppide järgi

Emade arv	Emad	Lapsed			
		Veregrupid			
		0(I)	A(II)	B(III)	AB(IV)
48	0(I)	34	9	5	—
35	A(II)	8	22	1	4
25	B(III)	9	—	11	5
7	AB(IV)	—	2	2	3
Kokku					
115		51	33	19	12
100%		44,3%	28,7%	16,5%	10,5%

keerukuse ning teatava ohtlikkuse tõttu (8, 18). Lõpuks selgus, et praktiseerivatele arstidele ainukeseks sobivaks meetodiks, mis teataval määral võimaldab otsustada loote üsasisese seisundi üle reesuskonflikti juhtudel, on reesusantikehade tiitri määramine ema veres.

Käesoleva töö eesmärk oli analüüsida rasedate reesusantikehade tiitri prognostilist väärtust.

Vaatlusalusteks olid 115 hemolüütilist tõbe põdevat vastsündinut, kelle emade veres täheldati reesusantikehi mitmesuguses tiitris. 16 emal oli esmane rasedus, 99 aga korduv. Nii esimeses kui ka teises rühmas oli emasid, kellel oli tehtud vereülekandeid reesusfaktorit arvestamata. Vastsündinuist olid 62 poissi ja 53 tüdrukut.

Eristatakse vastsündinute hemolüütilise tõve kolme vormi — ödematoosne, ikteeriline ja aneemiline. Kuid mitte alati ei ole neid kerge diferentsida, sest ödematoosne ja ikteeriline vorm võivad sageli koos esineda ning väljakujunenud aneemiaga kaasneb naha ja limaskestade intensiivne kollasus. Sel põhjusel pidasime otstarbekaks eristada veel kahte raskekujulist haigusvormi, nimelt ikteerilis-ödematoosset ja ikteerilisaneeemilist.

Hemolüütilise tõve ödematoosne vorm tehti kindlaks 25 vastsündinul. 24 juhul suri loode antenataalsel perioodil ja surnultsündinud lastel ilmnesid matseratsioon ning üldine ödeem. Üks laps sündis elusalt, kuid selgesti väljakujunenud ödeemi tunnustega. Last päästa ei õnnestunud, ehkki tehti verevahetus ja määrati intensiivne konservatiivne ravi. Laps suri 48 tundi pärast sündimist.

Ikteerilis-ödematoosset haigusvormi diagnoositi seitsmel vastsündinul. Kõik nad olid sünnitusmajast väljakirjutamisel täiesti rahuldavas seisundis.

Kümnel vastsündinul tehti kindlaks hemolüütilise tõve ikteerilisaneeemiline vorm. Üks laps kümnest suri teisel päeval progresseeruva aneemia, bilirubiiniintoksikatsiooni ja bronhopneumoonia tõttu.

Raskekujuline ikteeriline haigusvorm oli 34 vastsündinul. Neist kahel ilmnesid väljakujunenud ajutuuma-ikteruse nähud. Verevahetus mõlemal juhul ei andnud tulemusi ja lapsed surid. Kuuel vastsündinul diagnoositi keskmise ras-

kusega ikteerilist vormi, 20 vastsündinul aga kergekujulist.

Aneemiline haigusvorm ilmnes 13 vastsündinul.

Tabelis 1 on esitatud andmed vastsündinute hemolüütilise tõve vormide ja raskusastme sõltuvuse kohta reesusantikehade tiitrist ema veres.

Nagu tabelist nähtub, tuli kõige rohkem ette ikteerilist haigusvormi — kokku 60 juhtu (52,1%). Me ei täheldanud selle vormi sõltuvust reesusantikehade tiitrist ema veres. Raske- ja kergekujuliste haigusjuhtude esinemisagedus oli ühesugune, kuigi reesusantikehade tiitrid ema veres olid erisugused. Sama võib öelda muude vormide kohta, mida täheldasime reesusantikehade madalate (1:4, 1:8) ja ka kõrgete (1:256, 1:512) tiitrite korral.

Peale 115 vaatlusaluse konstateerisime 10 vastsündinul reesuskonflikti, kusjuures hemolüütilise tõve kliinilised tunnused puudusid. Reesusantikehade tiiter nende emade veres oli 1:2 kuni 1:256 piires.

Huvipakkuv on emade ja nende laste jaotumine veregruppide järgi (vt. tabel 2). Tabelist 2 nähtub, et kõige sagedam oli emadel ja lastel 0(I) grupp (vastavalt 48 ja 51, $\chi^2 = 0,16$, $P > 0,05$), seejärel A(II) grupp (vastavalt 35 ja 33, $\chi^2 = 0,084$, $P > 0,05$), B(III) grupp oli 25 emal ja 19 vastsündinul ($\chi^2 = 1,01$, $P > 0,05$). Kõige vähem oli AB(IV) veregrupiga emasid ja lapsi (vastavalt 7 ja 12, $\chi^2 = 1,47$, $P > 0,05$).

Ühe- või teistsuguse veregrupiga emade ja laste absoluutarv ei peegelda veregruppidevahelist suhet vastsündi-

nute hemolüütilise tõve igal üksikjuhul. Kuid nimetatud suhted tulevad ilmsiks tabelis 2.

Tabelist nähtub, et emade ja laste arvuline suhe veregruppide järgi muutus vähesel määral, peamiselt just B(III) grupiga laste arvu vähenemise ning AB(IV) grupiga laste arvu suurenemise suunas.

Andmed vastsündinute hemolüütilise tõve vormide ja raskusastme olenevuse kohta emade ja nende laste kuulumisest sama- või erinimelisse veregruppi on tabelis 3.

Tabel 3

Vastsündinute hemolüütilise tõve vormide ja raskusastme olenevus emade ja nende laste kuulumisest sama- või erinimelisse veregruppi

Vastsündinute hemolüütilise tõve vorm ja raskusaste	Uuritud emade ja laste arv	Emal ja lapsel samanimeline veregrupp	Emal ja lapsel erineviline veregrupp
Ödematoosne Ikteerilis-ödematoosne	25	19	6
Ikteerilis-aneemiline	7	5	2
Raskekujuline ikteeriline	10	6	4
Kergekujuline ja keskmise raskusega ikteeriline	34	23	11
Aneemiline	26	9	17
	13	8	5
Kokku	115	70	45

70 vastsündinul 115-st (s. o. 60,9%) oli emaga samanimeline veregrupp. 76 vastsündinul (66,1%) diagnoositi hemolüütilise tõve raskekujulisi vorme, kusjuures neist 53 (s. o. 46,1%) veregruppid langevad emade veregruppidega ühte.

Meie tähelepanekud näitavad, et reesusantikehade tiitrit raseda veres ei saa võtta kriteeriumiks loote üsasisesse seisundi hindamisel, samuti vastsündinute hemolüütilise tõve prognoosimisel. Reesusantikehade tiiter näitab vaid raseda organismi isoimmunisatsiooni astet, mis alati ei ohusta tema lapse tervislikku seisundit ning mis kõikidel juhtudel ei ole vastsündinu haigestumise peamine põhjus.

Analüüsides emade ja nende hemolüütilist tõbe põdevate laste jaotumist

veregruppide järgi, võib järeldada, et vastsündinute hemolüütiline tõbi tekib sagedamini ning haiguse kulg on raskest just siis, kui emal ja lootel on samanimeline veregrupp. Seda seletatakse antigeenide konkurentse seisundiga reesus- ning ABO-süsteemis (3, 9, 10).

Meditsiinipraktikas puuduvad käesoleva ajani usaldusväärsed meetodid loote seisundi hindamiseks reesuskonfliktiga kulgeva raseduse korral. Raskeematel juhtudel on oht, et laps võib surra kas antenataalsel perioodil või pärast sündimist.

Et hemolüütilist tõbe põdevate vastsündinute ravi ei anna alati rahuldavaid tulemusi, siis kerkivad esiplaanile selle haiguse ärahoidmise abinõud.

KIRJANDUS: 1. Гуревич П. С. Патологическая анатомия и некоторые вопросы патогенеза гемолитической болезни новорожденных. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Казань, 1965. — 2. Дробышева Н. С. В кн.: Гемолитическая болезнь новорожденных. Л., 1958, 10—18. — 3. Елизарова И. П., Умбрумянц Д. В. Педиатрия, 1967, 3, 7—11. — 4. Ковалев Ю. Р. Вопр. охраны материнства и детства, 1968, 1, 9—13. — 5. Полякова Г. П., Тыминская Е. М. Вопр. охраны материнства и детства, 1957, 2, 6—11. — 6. Соловьева Т. Г., Черномордик Б. Л. В кн.: Гемолитическая болезнь новорожденных. Л., 1958, 67—75. — 7. Таболин В. А. В кн.: Билирубиновый обмен и желтухи новорожденных. М., 1967, 65. — 8. Тимошенко Л. В. и др. В кн.: Гемолитическая болезнь плода и новорожденного. М., 1968, 72—73. — 9. Умбрумянц Д. В. Вопр. охраны материнства и детства, 1967, 4, 76—80. — 10. Умбрумянц Д. В., Карташева В. Е. Вопр. охраны материнства и детства, 1969, 2, 59—62. — 11. Умнова М. А. и др. Акушерство и гинекология, 1963, 5, 79—82. — 12. Штерн И. А. Педиатрия, 1961, 11, 3—10. — 13. Штерн И. А., Королева А. М. Вопр. охраны материнства и детства, 1963, 1, 39—44. — 14. Goldbloom, A., Lubinski, H. J. *Pediatr.*, 1946, 28, 83—85. — 15. Kondi, V., Jakobescu, A. *Minerva med.*, 1957, 31, 1370—1372. — 16. Levine, P. et al. *Amer. J. Obstet. and Gynecol.*, 1941, 42, 925—937. — 17. Stern, K. *Amer. J. Obstet. and Gynecol.*, 1958, 75, 369—375. — 18. Theile, H., Keller, J. Z. *Kinderheilkunde*, 1967, 2, 120—124. — 19. Tovey, G. H., Valaes, T. *Lancet*, 1959, 2, 521—524. — 20. Vaughan, V. J. *Pediatr.*, 1959, 54, 586—601. — 21. Walker, A. H. *Brit. Med. J.*, 1957, 2, 376—378. — 22. Zacharias, K. *Dtsch. Gesundheitswesen*, 1957, 12, 581—584.

РЕЗЮМЕ. Значение титра резус-антител в прогнозе гемолитической болезни новорожденных. Г. А. Дорфман. Целью работы явилось определение прогностической ценности титра резус-антител в крови матери в развитии гемолитической болезни новорожденных.

Под нашим наблюдением находились 115 новорожденных детей с гемолитической болезнью, у матерей которых в крови были обнаружены резус-антитела в титре от 1:2 до 1:1024.

Анализ наших наблюдений свидетельствует о том, что титр резус-антител в крови беременных не может быть использован в качестве критерия для оценки состояния внутриутробного плода, а также для прогноза степени тяжести гемолитической болезни новорожденных. Высота титра резус-антител указывает не более, чем на степень изоиммунизации беременной женщины, что не всегда угрожает состоянию здоровья ее ребенка и не во всех случаях является основной причиной заболевания новорожденного.

Кроме того, анализ распределения матерей и их детей по группам крови позволил прийти к следующему заключению: гемолитическая болезнь новорожденных возникает чаще при одинаковой группе крови матери и плода и течет более тяжело, чем в тех случаях, когда у них разные группы крови. Последнее объясняется конкуренцией антигенов по системам резус и АВО.

Десенсибилизация иммунизированных резус-антигеном беременных женщин является основной мерой профилактики заболевания плода и новорожденного гемолитической болезнью.

Tallinna Vabariiklik Haigla

VARAJASE PUBERTEEDI KLIINILISI VORME

LIA SILDVER

Tartu

UDK 612.661:616-007

Tõeline varajane isoseksuaalne puberteet on alla seitsmeaastastel lastel kasuistiline haigestumine. Tänapäeval täheledatakse mõlemast soost indiviidide kiirema sugulise küpsemise tendentsi. Puberteedi senisest varajasem algus on organismi kiirenenud kasvu ja arengu — aktseleratsiooni — üks näht (4). Varajaseks peetakse puberteeti tütarlastel alla 7...9 (13) või 8...10 aasta (1, 2, 3, 8, 9, 12), poistel alla 9...11 (13) või 10...11 aasta (1, 2, 3, 8, 9, 12). Suguline küpsemine võib kujuneda isegi varaealistel lastel.

Tõelise varajase puberteedi kliinilistest vormidest nõuab erilist tähelepanu tserebraalne vorm, mille teket seostatakse orgaaniliste muutustega hüpotalamo-hüpopüsaarses süsteemis. Hüpo- taalamuse kahjustuse tõttu setserneerib adenohüpopüüs gonadotroopseid hormoone enneaegselt ja pidurduseta. Selle tagajärjel hakkavad sugunäärmed enneaegselt arenema ja hormoone eritama. Samaaegne neerupealiste koore varajane stimulatsioon põhjustab androgeensete hormoonide liigset eritust ja sekundaarsed sugutunnused ilmuvad vara.

Tõeline varajane puberteet esineb sagedamini idiopaatilise ehk konstitutsionaalse ehk genuinise vormina. Sel puhul ei leita orgaanilist põhjust hüpotalamo-hüpopüsaarses ega adrenogeni-

taalses süsteemis. Tegemist on adenohüpopüüsi stimulatsiooniga ja hüpopüsaarsete gonadotropiinide enneaegse sekretsiooniga, millele järgneb sugunäärmete ja neerupealiste koore enneaegne stimulatsioon.

Tõelise varajase puberteedi kliiniliseks avalduseks on organismi suguline küpsus. Genitaalid ja gonaadid on arenenud nagu normaalse puberteedi korral. Poistel esineb varajane spermato- genees, tütarlastel ovulatoorne men- struaaltsükkel. Gonadotropiine, suguhormoone ja 17-ketosteroide eritub vastavalt indiviidi küpsusastmele. Androgeensete hormoonide üleproduktioon põhjustab algul kiiremat kasvu pikkuses. Samal ajal on ka luuline küpsemine kiirenenud, mis hiljem viib kasvu mahajäämusele, sest kasv pikkuses lakkab. M. Žukovski (3) täheldas, et enamikul 83 varajase sugulise arenguga lapsest oli luustumine kiirenenud, luuline vanus ületas kalendaarse keskmiselt 4...7 aastat, 2...6 aastat üle kalendaarse oli see G. Tumilovitši ja kaastöötajate (7) andmeil 25-l varajase puberteediga tütarlapsel.

Tserebraalse päritoluga varajase puberteedi puhul lokaliseeruvad haiguslikud muutused vaheajus — hüpotaalamuses, kusjuures sagedasemaks põhjuseks on selle piirkonna kasvaja (9, 11). Varajase puberteedi põhjustajateks voi-

vad olla ka eri etioloogiaga entsefaliidid. On uurimusi (5, 6, 10) lapseas tuberkulooset meningoentsefaliiti põdenute neurohormonaalsetest hiliskahjustustest, sealhulgas ka enneaegselt suguküpsusest. Haiguslike muutustena tulevad arvesse veel *tuber cinereum*'i hüperplaasia, epifüüsi kasvavad, III ajuvatsakese tsüstid ja hüdrotseefalus, kaasa-sündinud ja residuaalsed degeneratiivsed entsefalopaatiad (1, 9, 12, 13).

Pseudopuberteedi puhul ei ole organismi suguline areng täielik. Kliinilised vormid on tingitud suguhormoonide suurenenud eritusest sugunäärmetes või neerupealistes. Seda põhjustavateks protsessideks on munasarjade või munandite kasvavad, neerupealiste koore kasvavad või hüperplaasia. Indiviidid ei ole suguliselt küps, sugunäärmed on infantiilsed ega funktsioneerid.

Varajase puberteedi diagnoosimiseks peavad last statsionaaris uurima mitu spetsialisti. Idiopaatilist vormi võib diagnoosida alles pärast kõigi muude põhjuste välistamist. Iga varajase puberteediga last peab neuroloog uurima statsionaaris ja jälgima ka hiljem. Kui neuroloog patoloogilisi muutusi ei ole leidnud, on pediaatria-alastest diagnoosimisviisidest vajalikud eritusurograafia ja retroperitoneaalne pneumoröntgenograafia. Poistel on kliiniliste vormide diferentsiaaldiagnoosimiseks vajalik *testis*'te biopsia. Tütarlapsed vajavad kindlasti günekoloogilise konsultatsiooni ja näidustuse korral tuleb neid uurida statsionaaris. Seda kõike on tarvis teha munasarjakasvaja esinemisvõimaluse välistamiseks. 17-ketosteroidide ööpäevase erituse määramisel ei ole väärtust diagnoosimise seisukohalt, sest nende eritus on üle vanuselise normi igal varajase puberteedi, eriti pseudopuberteedi juhul.

Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas on viimase 15 aasta jooksul kahel lapsel diagnoositud varajase puberteedi tserebraalset vormi.

J u h t 1. Tütarlaps Karin T., 6 aastat vana (haiguslugu nr. 93/62).

Anamneesi andmeil oli aastail 1955...1956 põdenud tuberkulooset meningoentsefaliiti, mis tüsistus idiotoosusega. Laps paigutati lastehaiglast defektiivsete laste kodusse. Viis aastat pärast kesknärvisüsteemi spetsiifilist põletikku algasid rinnanäärmete areng ja häbemekarvade kasv. Pool aastat hiljem sai alguse menstruatsioon, mis enne uurimist oli olnud

kolmel korral. Objektiivselt: vaimne mahaäämumus idiotoosuse tasemel. Patsiendil hästi arenenud rinnanäärmed, tihedad häbemekarvad — puberteedi IV aste. Somaatilisel iseärasusteta. Näonärvi ja jäsemete tserebraalse päritoluga kerge parees vasakul.

Uuringutest. Röntgenifilm koljust normis. Luuline vanus ei olnud üle kalendaarse. Pea- ja seljaajuvedeliku rakusisaldus normis, valgusisaldus normist madalam (0,09%). Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla närvihaiguste osakonnas leiti ambulatoorsel pneumoentsefalograafilisel uurimisel subarahnoidaalsed liited, eriti eesmistest basaalsetest tsisternide piirkonnas. Põetud tuberkuloosse meningoentsefaliidi tõttu ei olnud vajadust uurida neeru-pealiseid ega sugunäärmeid. Laps suri interkurrentse haiguse tagajärjel.

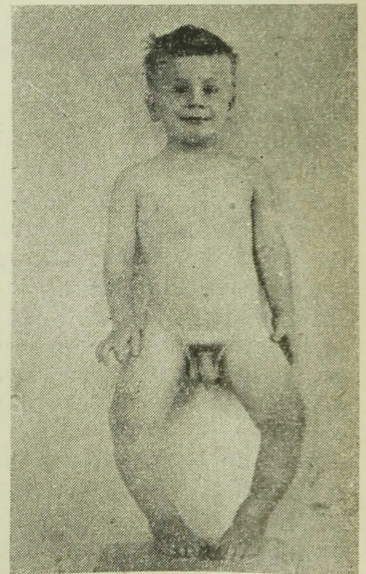
Patoloogilis-morfoloogiliselt leiti III ajuvatsakese sisene tuberkuloos, mis osaliselt oli lubjastunud, osaliselt juustundunud. Tuberkuloom täitis kogu ajuvatsakese, põhjustades oklusioonhüdrotseefalust.

Intraventrikulaarse spetsiifilise granuloomi olemasolu näitas, et viis aastat pärast meningoentsefaliidi kliiniliste nähtude kadumist ei olnud tuberkuloosne protsess kesknärvisüsteemis lakanud. Tegemist oli III ajuvatsakese sisest tuberkuloosist põhjustatud tõelise varajase puberteedi tserebraalse vormiga.

J u h t 2. Poisslaps Andres H., kaks aastat ja kolm kuud vana (haiguslugu nr. 859/68).

Anamneesi andmeil hakkasid välissuguelundid 1,5 aasta vanuselt suurenema. Samal ajal ilmusid hõredad häbemekarvad, mis järjest rohkenesid. Kehakaal suurenes pidevalt. Jalad kõverdusid tugevasti. Ülahuulele kasvasid karvakesed.

Objektiivsel vaatlusel ilmne hüpergenitalism: peenise ja skrootumi tugev suuremine, häbemekarvad tihedad (vt. foto). Pee-



nise pikkus 9 cm, ümbermõõt 8 cm. Parema testis 5×4 cm, vasak 4×4 cm, sileda pinnaga, konsistentsilt võrdlemisi tihked. Hüpertrihhoos eriti nimmelistu piirkonnas, tuharatel ja säärtel. Hõre karvkate käsivartel ja rinnal, vähesed udemed ülahuulel. Näol *acne vulgaris*, tuharatel pöödermiline lööve. Pikkuselt (98 cm) ja kaalult (20 kg) oli kolm aastat üle vanuselise normi. Alajäsemetel tugev vaarusseis. Hääled jämedad. Kehaehitus tugev, mis eale ei vasta. Muus osas somaatiliste iseärasusteta. Ööpäevane unetarve füsioloogiline. Neuroloogiline seisund normis.

Uuringutest. Silmapõhi normis. Luuline vanus 4,5...5 aastat, seega üle kalendaarse vanuse. Kolju röntgenograafiline uuring ning pea- ja seljaajuvedelik normis. Normis ka vedeliku ööpäevane bilanss ja uriini erikaal, samuti veresuhkru- ja kaaliumi-, naatrium- ning kloorisisaldus. 17-ketosteroidide eritus uriiniga 4,1 mg ööpäevas. Veenisisene urografia: neerude suurus, kuju ja asend patoloogiliste muutusteta. Ambulatoorsel pneumoentsefalograafilisel uurimisel leiti Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla närvihaguste osakonnas oktoobris III ajuvatsakese täitumise defekt ja dislokatsioon. Et oletati varajase puberteedi tserebraalset vormi, saadeti laps Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla neurokirurgiaosakonda.

Uurimistulemused Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla neurokirurgiaosakonnas (haiguslugu nr. 189/69). Silmapõhi muutusteta, pea- ja seljaajuvedeliku raku- ning valgusisaldus normis. Pneumoentsefalograafial leiti samalaadne III ajuvatsakese deformatsioon ja dislokatsioon nagu 1968. a. oktoobris. Laps saadeti A. L. Polenovi nimelise Leningradi Neurokirurgia Instituudi lasteosakonda.

Ka sel juhul oli tegemist tõelise varajase puberteedi tserebraalse vormiga, mis oli tingitud patoloogilistest muutustest hüpotaalamuse piirkonnas.

Haigusjuhtudest järeldub, et tõelise varajase puberteedi tserebraalse vormi võimaluse tõttu peab varajase puberteediga last uurima neuroloog. Et varajase puberteedi juhte vabariigis on äärmiselt vähe, siis on reaalne võimalus neid lapsi nõuetekohaselt teenindada.

KIRJANDUS: 1. Братанов Б., Кубат К. В кн.: Физиология и патология пубертатного возраста. София, 1965, 79—203. — 2. Гроллман А. В кн.: Клиническая эндокринология и ее физиологические основы. М., 1969, 113—114. — 3. Жуковский М. А. Педиатрия, 1969, 7, 72—77. — 4. Клиорин А. И., Гальперин Ю. М. Педиатрия, 1969, 6, 7—11. — 5. Крицкий В. Н. Пробл. туберкулеза, 1961, 5, 29—35. — 6. Макарова-Потоцкая Л. В. Туберкулезный менингит у детей и его последствия. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Куйбышев, 1961. — 7. Тумилович Г. и др. В кн.: Актуальные вопросы охраны здоровья детей и подростков. Материалы республиканской научно-практической конференции. Киев, 1967, 93. — 8. Уилкинс Л. В кн.: Диагностика и лечение эндокринных нарушений в детском и юношеском возрасте. М., 1963, 146—165. — 9. Фанкони Г., Вальгрен А. Руководство по детским болезням. М., 1960, 286—287. — 10. Чернюк В. П. Туберкулезный менингит у детей, его течение, лечение и исходы. Автореф. дисс. доктора мед. наук. Харьков, 1958. — 11. Юлес М., Холло И. Диагностика и патофизиологические основы невроэндокринных заболеваний. Будапешт, 1967, 334—339. — 12. Dieckhoff, J. Pädiatrie und ihre Grenzgebiete, Leipzig, 1965, I, 325—326. — 13. Feer, E. Lehrbuch der Kinderheilkunde. Jena, 1958, 157—158.

РЕЗЮМЕ. О клинических формах раннего пубертатного периода. Л. М. Сильдвер. В настоящее время отмечается склонность к более раннему наступлению периода полового созревания у детей обоего пола. У детей моложе 7 лет истинное раннее половое созревание относится к казуистическим заболеваниям.

В Тартуской городской клинической детской больнице в течение последних 15 лет была диагностирована церебральная форма истинного раннего пубертатного периода у 2 детей в возрасте 2 г. 3 м. и 6 лет. Из анализированных случаев следует, что каждого ребенка с преждевременным половым созреванием нужно исследовать в стационаре и наблюдать в динамике невропатологом. Клинические формы раннего пубертатного периода должны исследоваться специалистами.

TRÜ Arstiteaduskonna pediaatria kateeder
Tartu Linna Kliiniline Lastehaigla

TALLINNA KALININI RAJOONI TÖÖLISNOORUKITE KEHALINE ARENG

DORA PUUMAN
Tallinn

UDK 616-053.7-071.3(474.2-25)

Kehaline areng iseloomustab elanike tervislikku seisundit, mida mõjutavad mitmesugused väliskeskonna tegurid: kliima, elu- ja tootmistingimused, keha-

line kasvatus, õhu saastamine jms. Statistilised andmed võimaldavad kindlaks määrata nende tegurite mõju ulatuse inimese tervisele ja kehalisele arengule.

Tallinna Kalinini rajooni töölisnoorukite pikkuse, kaalu ja rinnaübermõõdu
hälbed keskmistest näitajatest

NOORMEHED

Hälbed keskmistest näitajatest σ -des		Pikkus seistes cm			Kaal kg			Rinnaübermõõt cm		
		16 a.	17 a.	18 a.	16 a.	17 a.	18 a.	16 a.	17 a.	18 a.
madal hinne	-3,0	154,5	156,7	155,9	39,7	45,3	44,9	72,7	75,6	77,2
	-2,5	157,5	159,4	159,1	43,7	48,5	48,8	75,2	77,8	79,2
alla keskmise	-2,0	160,4	162,0	162,3	47,8	51,7	52,7	77,7	79,9	81,3
	-1,5	163,4	164,7	165,5	51,8	54,9	56,6	80,2	82,1	83,3
norm	-1,0	166,3	167,3	168,7	55,9	58,1	60,5	82,7	84,2	85,4
	-0,5	169,3	170,0	171,9	59,9	61,3	64,4	85,2	86,4	87,4
(keskmine)	M	172,2	172,6	175,1	64,0	64,5	68,3	87,7	88,5	89,5
norm	+0,5	175,1	175,2	178,3	68,1	67,7	72,2	90,2	90,6	91,6
	+1,0	178,1	177,9	181,5	72,1	70,9	76,1	92,7	92,8	93,6
üle keskmise	+1,5	181,0	180,5	184,7	76,2	73,1	80,0	95,2	94,9	95,7
	+2,0	184,0	183,2	187,9	80,2	77,3	83,9	97,7	97,1	97,7
kõrge hinne	+2,5	186,9	185,8	191,7	84,3	80,5	87,8	100,2	99,2	99,8
	+3,0	189,9	188,5	194,3	88,3	83,7	91,7	102,7	101,4	101,8
	$\sigma =$	$\pm 5,9$	$\pm 5,3$	$\pm 6,4$	$\pm 8,1$	$\pm 6,4$	$\pm 7,8$	$\pm 5,0$	$\pm 4,3$	$\pm 4,1$

NEIUD

Hälbed kesk- mistest näi- tajatest σ -des		Pikkus seistes cm				Kaal kg				Rinnaübermõõt cm			
		16 a.	17 a.	18 a.	19 a.	16 a.	17 a.	18 a.	19 a.	16 a.	17 a.	18 a.	19 a.
madal hinne	-3,0	144,9	144,6	149,7	148,9	33,1	38,7	38,3	39,8	70,9	72,8	72,7	73,4
	-2,5	147,7	147,4	152,0	151,3	37,3	42,2	42,5	43,8	73,3	74,9	75,1	75,6
alla kesk- mise	-2,0	150,5	150,2	154,3	153,7	41,4	45,7	46,6	47,7	75,7	77,0	77,4	77,8
	-1,5	153,3	153,0	156,6	156,1	45,6	49,2	50,8	51,7	78,1	79,1	79,8	80,0
norm	-1,0	156,1	155,8	158,9	158,5	49,7	52,7	54,9	55,6	80,5	81,2	82,1	82,2
	-0,5	158,9	158,6	161,2	160,9	53,9	56,2	59,1	59,6	82,9	83,3	84,5	84,4
(kesk- mine)	M	161,7	161,4	163,5	163,3	58,0	59,7	63,2	63,5	85,3	85,4	86,8	86,6
norm	+0,5	164,5	164,2	165,8	165,7	62,1	63,2	67,3	67,4	87,7	87,5	89,1	88,8
	+1,0	167,3	167,0	168,1	168,1	66,3	66,7	71,5	71,4	90,1	89,6	91,5	91,0
üle kesk- mise	+1,5	170,1	169,8	170,4	170,5	70,4	70,2	75,6	75,3	92,5	91,7	93,8	93,2
	+2,0	172,9	172,6	172,7	172,9	74,6	73,7	79,8	79,3	94,9	93,8	96,2	95,2
kõrge hinne	+2,5	175,7	175,4	175,0	175,3	78,7	77,2	83,9	83,3	97,3	95,9	98,5	97,6
	+3,0	178,5	178,2	177,3	177,7	82,9	80,7	88,1	87,2	99,7	98,0	100,9	99,8
	$\sigma =$	$\pm 5,6$	$\pm 5,6$	$\pm 4,6$	$\pm 4,8$	$\pm 8,3$	$\pm 7,0$	$\pm 8,3$	$\pm 7,9$	$\pm 4,8$	$\pm 4,2$	$\pm 4,7$	$\pm 4,4$

Eesti NSV-s puuduvad orienteerivad normatiivid töölisnoorukite kehalise arengu hindamiseks. Selline hindamine aga on vajalik, et kindlaks teha nooruki kutsealane sobivus töölevõtmisel või kutsekooli õppima suunamisel, samuti ka kehakultuurlaste arstlikul järelevaatusel.

Arstlike läbivaatuste andmed töödeldi matemaatilise statistika abil, et kindlaks määrata noorukite peamised kehalise arengu näitajad.

Noorukite kehalise arengu hindamiseks koostasime pikkuse (seistes), kehakaalu ja rinnaümbermõõdu keskmiste suuruste ning nende hälvete (σ -des) tabelid lk. 412. Viimaste abil võib arst kontrollida iga nooruki kehalist arengut ning võrrelda üksikuid näitarve.

Näitarvud on välja töötatud eraldi iga vanuserühma ja kummagi soo kohta. Igasse vanuserühma võeti vähemalt 100 kummastki soost eesti rahvusest töölisnoorukit, kes Tallinnas on elanud vähemalt kolm aastat.

Tabelite koostamisel on silmas peetud järgmist.

1. Antropomeetriliste näitajate hälvet keskmisest väärtusest (M) nii suurenemise kui vähenemise suunas ühe σ ulatuses ($\pm 1\sigma$) tuleb käsitleda kui näitaja normi variante.

2. Antropomeetriliste andmete hälvet keskmistest andmetest (M) ühe kuni kahe σ ulatuses tuleb lugeda:

a) hinne «üle keskmise» — juhul, kui hälve on suurenemise suunas;

b) hinne «alla keskmise» — juhul, kui hälve on vähenemise suunas.

3. Hälve, mis on üle $+2\sigma$, annab kõrge hinde; hälve, mis on üle -2σ , annab madala hinde.

Tabelite kasutamise juhend.

Umbes tabeli keskel asetseb horisontaaljoonel tinglik keskmine väärtus (M), s. t. pikkuse (seistes), kehakaalu ja rinnaümbermõõdu keskmine väärtus.

Tabeli vasakul serval on ülalt alla tähistatud hälbed keskmistest σ -des.

Tinglikust keskmisest väärtusest ülevalpool paiknevates veergudes asetsevad hälbed (σ -des) on tähistatud märgiga (-), allpool tinglikku keskmist väärtust paiknevad hälbed aga märgiga (+).

Et nooruki kehalist arengut tabeli järgi hinnata, tuleb eelkõige täpselt kindlaks määrata tema vanus.

Samasse vanuserühma kuuluvad noorukid järgmiselt:

a) 15-aastaste rühm — noorukid 14 aastat ja 6 kuud kuni 15 aastat 5 kuud ja 29 päeva;

b) 16-aastaste rühm — noorukid 15 aastat ja 6 kuud kuni 16 aastat 5 kuud ja 29 päeva jne.

Näitena toome töölisnooruki R. H. kehalise arengu, mida kontrollisime tabeli järgi. Ta on sündinud 14. juunil 1946. a. Arstlikul läbivaatusel 23. aprillil 1964. a. oli tema pikkus 175,5 cm, kehakaal 65,5 kg, rinnaümbermõõt 92 cm.

Kõigepealt täpsustame vanuse. Arstliku läbivaatuse ajal oli see 17 aastat 10 kuud ja 9 päeva. Vastavalt tabeli kasutamise juhendile kuulub R. H. 18-aastaste vanuserühma.

18-aastaste noormeeste kehalise arengu andmete kõrvutamisel tabeli 1 andmetega ilmneb, et R. H. pikkus, kehakaal ja rinnaümbermõõt erinevad tinglikust keskmisest $\pm 1\sigma$ piires. Selle järgi võib otsustada, et tema kehaline areng on normaalne.

Veel üks näide. 27. augustil 1964. a. käis arstlikul läbivaatusel K. K., kes on sündinud 6. märtsil 1947. a. Ta oli 152,6 cm pikk, kaalus 58,15 kg ning tema rinnaümbermõõt oli 83 cm. Tütarlapse vanuse järgi tuleb võrdlusandmeid otsida 17-aastaste vanuserühmast. Tabeli 2 alusel erinevad tütarlapse kehakaal ja rinnaümbermõõt tinglikust keskmisest $\pm 1\sigma$, see tähendab — need on normis, kuid kasvult on ta alla keskmise (-2σ).

РЕЗЮМЕ. Физическое развитие рабочих подростков Калининского района г. Tallina. Д. С. Пууман. Уровень физического развития является показателем состояния здоровья населения и зависит от воздействия различных факторов внешней среды (климато-географических, бытовых, производственных, физического воспитания, загрязненности воздуха и др.).

Статистические данные позволяют определить степень воздействия на здоровье и физическое развитие.

В Эстонии нет ориентирующих нормативов для индивидуальной оценки физического развития рабочих-подростков. Такая оценка необходима для решения вопроса о профессиональной пригодности при поступлении на работу, для обучения в профессионально-техническом училище и для осуществления врачебного контроля над занимающимися физической культурой.

Разработанные нами величины основных антропометрических показателей вычислены методом вариационной статистики по данным

проведенного нами медицинского освидетельствования.

Для оценки физического развития, роста, веса и окружности грудной клетки разработаны таблицы сигмального отклонения.

Пользуясь этими таблицами, врач может со-

поставить данные индивидуального развития каждого подростка и оценить физическое развитие каждого признака отдельно.

Tallinna Pelgulinna Haigla Kopli
Polikliinik

KONSERVATIIVNE OPERATSIOON EMAKAVÄLISE RASEDUSE RAVIS

KALJU VÄIN
Kingissepa

UDK 618.31-089

Üks tubaarse sigimatuse põhjusi on emakaväline rasedus. Et sigimisvõimet säilitada, on emakavälise raseduse ravis kasutama hakatud konservatiivseid ja rekonstruktiivseid operatsioone.

Juba käesoleva sajandi algul esitas kuulus Vene akušöör D. Ott (1855... 1929) idee teha tubaarne keisrilõige (*sectio tubae*) munajuha säilitamiseks. Ühel ja samal ajal alustasid niisuguseid operatsioone ka Sellheim, Martin, Prochownik, Parsamov jt. (3, 16). Mitmed autorid tegid lootemuna pesastumise kohal pikilõike, eemaldasid lootemuna, abraseerisid loožist detsiduaalkoe ning õmblesid haava kinni (4).

Hiljem on seda operatsiooni mitmeti modifitseeritud. Juba 1921. a. resetseeriti (*resectio tubae*) munajuha osa, kus lootemuna oli pesastunud, ja munajuha ampullaarosa istutati uuesti emakasse (18). NSV Liidus on sel viisil opereerinud A. Mandelštam, J. Aleksandrov jt. (3, 18). V. Baskakov (6) kirjeldab *sectio tubae*'t 1958. aastast.

R. Makarov (13) peab võimalikuks lootemuna osade lihtsat väljasurumist munajuhast (*ablatio*) abdominaalsuudme kaudu, eriti siis, kui on ampullaarosa rasedus. A. Kogan (12) soovib siiski teha munajuhalehtri serva sisselõike, mis lootemuna võimaldab paremini eemaldada.

Tubaarse keisrilõike pooldajad soovivad silmas pidada, et loožist ei tekiks uut verejooksu. Samuti tuleb hoolikalt eemaldada kõik koorioni hatud, sest edasi funktsioneerides võivad need areneda koorionepitelioomiks.

Paljud autorid aga kinnitavad, et esimene emakavälise raseduse korral tuleb

eemaldada mõlemad munajuhad, et sel teel vältida korduva emakavälise raseduse võimalust (3, 5). Korduvat emakavälise rasedust on eri autorite andmeil 4,5... 12,6% (4, 5, 11, 12, 17).

Enamik autoreist on seisukohal, et igal operatsioonil tuleb revideerida ka vastaspoolset munajuha ja sealsetest muutustest lähtudes otsustada, kas munajuha eemaldada või mitte (4, 7, 12). Kui munajuha on väliselt normaalne, tuleb see igal juhul säilitada; tugevate põletikuliste muutuste ja moonumiste korral aga eemaldada. Kui on tegemist mõõdukate morfoloogiliste muutustega, siis aitab plastiline operatsioon. Paljud autorid soovivad neile haigeile hiljem määrata põletikuvastast ravi (12), kontrollpertubatsioonid ning hüdrotubatsioonid (16) või mudaravi (21).

V. Pitšujev (19), tuginedes munajuhade angiograafia andmetele, soovib lõike teha alati võimalikult risti, et vältida ringjate veresoonte ja lihasekiudude läbilõikamist. Sel teel saadakse paremaid tulemusi munajuha tervikluse taastamisel. G. Schenki (24) andmetel on operatsioonikoha patoloogilishistoloogilisel uurimisel ka pikilõike korral konstateeritud munajuha täielikku paranemist ning funktsiooni taastumist.

Rekonstruktiivsetest operatsioonidest tuleb nimetada salpingolüüsi, salpingostoomiat või salpingostomatoplastikat, salpingoanastomoosi ots otsaga või munajuhade istutamist emakasse (15, 20). Neil, tavaliselt steriilsuse raviks tehtavatel operatsioonidel, on kindel koht ka emakavälise raseduse ravis. 1950. a. alates on rekonstruktiivsetel

	1959 (87)	1960 (97)	1961 (94)	1962 (80)	1963 (70)	1964 (75)	1965 (109)	1966 (104)	1967 (67)	1968 (77)
<i>Ruptura tubae</i>										
<i>sinistra</i>	2	1	2	3	—	2	3	2	—	2
<i>dextra</i>	4	5	3	3	4	4	1	1	2	1
<i>Abortus tubarius</i>										
<i>sinistra</i>	6	5	6	5	4	3	6	5	2	4
<i>dextra</i>	4	7	3	3	3	3	5	1	3	5
Teised emakavälise raseduse vormid	—	—	2	1	2	—	1	—	—	—
Kokku	16	18	16	15	13	12	16	9	7	12

Märkus. Sulgudes on antud günekoloogiliste operatsioonide üldarv.

operatsioonidel kasutama hakatud protese (1, 2, 9, 15, 16, 18, 19, 21).

A. Alovski (5) andmetel on emakavälise rasedusega 1203 haigest ainult seitsmel tehtud *resectio tubae* ja samapoolne plastika ning neljal juhul teisel pool stomatoplastika. M. Aleksandrovi ja L. Šinkarjova (4) teatel on 1216 haigest 18-l sooritatud plastiline operatsioon: 10-l munajuha reseksioon ja anastomoos otsaga, 5-l reseksioon ja ampullaarosa istutamine emakasse ning 3-l eemaldati lootemuna ruptuuri ava kaudu ja abraseeriti pesastumiskoht. M. Medvedkova ja G. Dudkevitsi (17) andmetel on 1160 opereeritud haigest 4-l tehtud munajuha plastiline operatsioon ja 18-l vastaspoolel plastiline operatsioon. J. Aleksandrov (3) kirjeldab kaheksat operatsiooni, mil tehti otsotsaga anastomoos. Opereerituist rasesus üks.

Kingissepa Rajooni Keskhaiglas on konservatiivseid operatsioone tehtud

1961. a. alates, 100 opereeritud haigest 30-l. Ülevaate emakavälise raseduse tõttu ravil olnud haigetest annab tabel 1.

Tabelist 1 nähtub, et parempoolne emakavälise rasedus esineb mõnevõrra sagedamini — 53%. Samasugused on ka teiste autorite andmed (5, 17). Emakavälise raseduse juhtude arv on üldse 1...4% kõikidest günekoloogilistest haigusjuhtudest (5) ning kuni 1% sünitustest (22). A. Alovski (5) järgi on emakavälise raseduse puhul tehtud operatsioone 20,7% kõikidest günekoloogilistest operatsioonidest, meie andmeil kuni 15%.

Tabelis 2 on emakavälise raseduse vormide esinemissageduse võrdlevaid andmeid.

Tabelist 2 selgub, et kõige sagedam on tubaarne abort, mille puhul eelistatakse konservatiivseid operatsioone. Algul hakkasime ühepoolse tavalise salpingoektoomia (7, 20) kõrval tegema

Tabel 2

Emakavälise raseduse erivormide esinemissagedus

Emakavälise raseduse vorm	V. Stožicky ja M. Kohouteki (23) andmeil %	M. Medvedkova ja G. Dudkevitsi (17) andmeil %	Kingissepa Rajooni Keskhaiglas aastail 1959...1968	
			absoluutarv	%
Tubaarne rasedus				
<i>Abortus tubarius</i>	47,17	50,7	73	61,9
<i>Ruptura tubae</i>	49,53	45,6	45	33,6
Interstitsiaalne rasedus	1,41	2,1	2	1,5
Ovariaalne rasedus	0,94	0,8	2	1,5
Muud raseduse vormid *	0,95	0,8	2	1,5

* Kingissepa Rajooni Keskhaiglas on esinenud üks fimbriaalse ja üks abdominaalse raseduse juht.

salpingostoomiat teisel pool, kus oli umbunud ainult munajuha ampullaarosa. Edaspidi lisandus veel *sectio tubae* koos salpingostomatoplastikaga teisel pool. Mitmel juhul oleme lootemuna eemaldanud ka ablatsiooni teel ning ruptuuri ava kaudu, kusjuures ava oleme pikendanud kuni 3 cm. Mainitud juhtudel teeme looži abrasiooni, sondeerime munajuha valendikku, õmbleme haava kinni sondil ning pärast seda teeme veel retrograadse kontrollpertubatsiooni. Et saada häid hilistulemusi, oleme pärast operatsiooni teinud hüdrotubatsiooni, tavaliselt Lydasi lahusega + streptomüsiin. Salpingograafiat, eriti korduvat, ei ole me noortel naistel teinud, sest rohked kirjanduse andmed kinnitavad niigi selliste operatsioonide edukust (1, 3, 10, 18). Samuti ei ole me emakavälise raseduse operatsioonidel proteese seni kasutanud.

Konservatiivsetest operatsioonidest annab ülevaate tabel 3.

Tabel 3

Aastail 1961...1968 Kingissepa Rajooni Keskhaiglas emakavälise raseduse tõttu opereeritud haiged

	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	Kokku
Opereeritute üldarv	16	15	13	12	16	9	7	12	100
<i>Sectio tubae sinistra</i>	—	4	1	—	2	1	—	2	10
<i>Sectio tubae dextra</i>	—	—	2	—	—	—	—	2	4
<i>Salpingostomia sinistra</i>	1	3	—	1	—	1	1	—	7
<i>Salpingostomia dextra</i>	1	2	2	1	2	—	—	1	9
Kokku konservatiivseid operatsioone	2	9	5	2	4	2	1	5	30
Opereerituist rasedunud	1	5	—	1	1	—	1	—	9
Korduvat emakavälise raseduse	—	1	1	—	—	—	—	—	2
Ei ole veel rasedunud	1	1	2	—	2	1	—	5	12
Andmed puuduvad	—	2	2	1	1	1	—	—	7

Valikuliselt oleme seni opereerinud 30 haiget, seejuures oleme juhitud peamiselt haige soovist veel raseduda, ka haige east ja situatsioonist operatsioonil. Kui verekaotused on suured, oleme konservatiivsest operatsioonist tavaliselt loobunud, sest see pikendaks operatsiooni kestust. Ravitute oli 20- kuni 25-aastasi 10, 26- kuni 30-aastasi 11, 31- kuni 35-aastasi 7 ja üle 36 aasta 2 naist. Konservatiivselt opereerides oleme lähtunud põhimõttest, et tähtis ei ole üksnes munajuhade läbitavuse taastamine ükskõik millisel kirurgilisel meetodil, vaid võimalikult tuleb säilitada kogu munajuha terviklikkus ja seega ka tema funktsioon. S. Davõdovi ja A. Markmani (8) andmetel andis tubaarse sigimatuse kirurgiline ravi tulemusi 15...20%-l ravituist, neist rasedus 15,4% ja emakavälise raseduse korral 8%-l juhtudest. Hüdrotubatsioonide kasutuselevõtmisega pärast operatsiooni on võimalik saada häid tulemusi 25...30%-l juhtudest (14).

Meie opereeritud haigetest kahel emakavälise raseduse korral. Sünnitanud on 9 naist, neist 2 korduvalt. Seni ei ole rasedunud 12 naist, neist 5 opereeriti alles 1968. a. Ülejäänutel on tehtud kontrollpertubatsioone ja hüdrotubatsioone — munajuha ei olnud läbitav kolmel juhul. Seitsme opereeritu kohta andmed puuduvad elukoha või nime muutmise tõttu.

Meie vähesed andmed kinnitavad konservatiivsete operatsioonide vajalikkust ja õigustatust emakavälise raseduse ravimiseks — see on tubaarse sigimatuse vastu võitlemise üks võimalus.

KIRJANDUS: 1. Акунц А. И. Акуш. и гинекол., 1965, 4, 120—123. — 2. Он же. Акуш. и гинекол., 1968, 7, 71—72. — 3. Александров Е. К. Акуш. и гинекол., 1959, 2, 68—72. — 4. Александров М. С. и Шинкарева Л. Ф. Внематочная беременность. М., 1961. — 5. Аловский А. Д. Клиника внематочной беременности. Л., 1945. — 6. Баскаков В. П. Акуш. и гинекол., 1958, 1, 105—106. — 7. Брауде И. Л. Оперативная гинекология. М., 1959. — 8. Давыдов С. Н., Маркман А. Е. Акуш. и гинекол., 1968, 6, 39—45. — 9. Дубнов М. В., Бескровная Н. И. Акуш. и гинекол., 1963, 1, 28—31. — 10. Гогилев П. З. Акуш. и гинекол., 1966, 5, 74—77. — 11. Карынбаева Л. И. Акуш. и гинекол., 1964, 2, 76—79. — 12. Коган А. А. Акуш. и гинекол., 1958, 3, 75—77. — 13. Макаров Р. Р. Внематочная беременность. Л., 1958. — 14. Мандельштам А. Э. Акуш. и гинекол., 1965, 3, 45—52. — 15. Мацуев А. И. Акуш.

и гинек., 1964, 4, 110—114. — 16. Он же. Акуш. и гинек., 1965, 4, 147—148. — 17. Медведкова М. М., Дудкевич Г. А. Внематочная беременность. Ярославль, 1965. — 18. Пичуев В. П. Акуш. и гинек., 1960, 5, 68—72. — 19. Он же. Акуш. и гинек., 1961, 4, 97—102. — 20. Рембез И. Н. Оперативная гинекология. Киев, 1966. — 21. Сысганова К. Н. Акуш. и гинек., 1968, 6, 45—50. — 22. Jäger, G. Dtsch. Gesundheitswesen, 1964, 21, 942—945. — 23. Stožický, V., Kohoutek, M., Zbl. Gynäkol., 1960, 26, 989—991. — 24. Schenk, G. Zbl. Gynäkol., 1960, 23, 863—865.

РЕЗЮМЕ. Консервативная операция в лечении внематочной беременности. К. Е. Вьяйн. Уже в начале текущего века русский акушер Отт предлагал оперировать беременных без удаления маточной трубы. С этого времени многие врачи (Селлгейм, Мартин, Проховник, Парсамов, Мандельштам, Александров, Цейтлин, Штрассман, Шефер и др.) стали оперировать по методу *sectio tubae* или *resectio tubae*. Метод оправдывал себя вполне. При операции проводится продольное рассечение трубы, потом удаление плодного яйца и зашивание рассеченной части трубы, или резецирование измененной части трубы с последующим сшиванием по типу анастомоза конец в конец. При локализации плодного яйца в ампулярном отделе трубы, его можно просто выдавить и ворсины хориона удалить, как полагали Макаров и др.

KOMPLEKSNE BRONHOLOOGILINE UURIMINE KOPSUVÄHI DIAGNOOSIMISEL

VÄINO RATSEP
PEETER-HARRY LOIT
Tallinn

UDK 616.24-006.6-07

Üks olulisemaid kopsuvähi diagnoosimise meetodeid on seni olnud röntgenoloogiline uurimine, mis kõrgesti kvalifitseeritud raviasutuses võimaldab diagnoosida 80... 95,5% juhtudest (3), kuid sedagi ainult dispanseeritud haigete korduval uurimisel (1). Esmasel röntgenoloogilisel uuringul on avastatud juhtude arv tunduvalt madalam (6). Sageli jääb varajane protsess märkamata, eriti tsentraalselt paikneva kopsuvähi korral. Alles pärast hüpoventilatsioonitsooni, atelektaasi ja muude tüsistuste tekkimist osutub võimalikuks kopsuvähi röntgenoloogiliselt kindlaks teha (4, 7).

Kuigi kopsuvähi kindlakstegemisel on peamine osa röntgenoloogilisel uurimisel, tuleb lõpliku diagnoosi üle otsusta-

В последние годы в периодике имеются данные об успешном лечении бесплодия женщин хирургическим путем (Акунц, Александров, Пичуев, Мацуев, Шенк, Гогиллов, Давыдов и Маркман и др.). Этим методом можно пользоваться и при лечении внематочной беременности. Однако в литературе имеется мало данных об отдаленных результатах такого лечения — о беременности и родах после него.

Целью нашей работы было больше производить таких операции и проследить, какое число оперированных женщин будут способны рожать. С 1961 по 1968 г. мы оперировали 100 женщин по поводу внематочной беременности, из них 30 была произведена консервативная операция, 9 женщин забеременели и родили, 2 были вновь оперированы по поводу повторной внематочной беременности. Чаще всего мы оперировали по методу *sectio tubae* и производили сальпингостомию на другую трубу. Во время операции производим ретроградную пертубацию и, как правило, в дальнейшем послеоперационном периоде гидротубацию.

Мы считаем, что консервативные операции на маточных трубах являются одним из методов предупреждения бесплодия женщин, перенесших ранее операцию по поводу внематочной беременности.

Kingissepa Rajooni Keskaigla

misel ja ravitaktika määramisel tugineda kompleksse pulmonoloogilise uurimise tulemustele — tsütoloogilistele, bronhoskoopilistele, mediastinoskoopilistele uuringutele, samuti laboratoorsele andmetele, kliinilisele pildile jms. —, mis röntgenoloogilist pilti aitavad õigesti lahti mõtestada (2, 5, 9). Sellise kompleksse pulmonoloogilise uurimise keske osa moodustab kompleksne bronholoogiline uurimine. See hõlmab bronhoskoopiat koos suunatava ja kateeterbiopsiaga, tsütoloogilisi ja histoloogilisi uuringuid.

Ligikaudu 45%-l haigetest, kel Tallinna Vabariiklikus Onkoloogia Dispanseris avastati kopsuvähk, oli olnud kopsuvähi kopsupõletikutaoline haigusvorm. Haigeid oli kroonilise kopsupõle-

Tabel 1

Tsentraalse kopsuvähi diagnoosi kinnitumine kompleksse bronholoogilise uurimise alusel vastavalt kasvaja kliinilisele staadiumile

Uurimismeetod	Uuritud haigete arv	Diagnoosi kinnitumine														
		Kokku			I			II			III			IV		
		+	±	-	+	±	-	+	±	-	+	±	-	+	±	-
Tsütoloogiline																
äigepreparaat	134	50	23	61	2	2	—	6	5	14	34	15	40	8	1	7
loputusvedelik	124	35	19	70	2	2	1	2	4	14	24	13	45	7	—	10
Histoloogiline	109	57	—	52	3	—	1	5	—	16	40	—	28	9	—	7
Bronhoskoopiline	147	98	33	16	2	2	2	7	11	8	71	17	6	18	3	—
Kompleksse bronholoogilise uurimise tulemus	147 100%	111	25	11	5	1	—	11	10	5	77	11	6	18	3	—
		92,5%			4,1%			14,3%			59,9%			14,2%		

Tabel 2

Tsentraalse kopsuvähi diagnoosi kinnitumine kompleksse bronholoogilise uurimise alusel vastavalt kasvaja lokalisatsioonile

Uurimismeetod	Uuritud haigete arv	Diagnoosi kinnitumine																	
		Kokku	parem kops						vasak kops										
			ülemine sagar			kesk-sagar			alumine sagar			ülemine sagar			alumine sagar				
		+	±	-	+	±	-	+	±	-	+	±	-	+	±	-			
Tsütoloogiline																			
äigepreparaat	134	50	23	61	18	6	20	2	1	7	11	5	13	14	8	18	5	3	3
loputusvedelik	124	35	19	70	9	5	26	2	1	7	10	4	12	10	5	23	4	4	2
Histoloogiline	109	57	—	52	24	—	19	2	—	5	12	—	9	12	—	16	7	—	3
Bronhoskoopiline	147	98	33	16	33	10	6	7	4	—	21	5	4	27	12	5	10	2	1
Kompleksse bronholoogilise uurimise tulemus	147 100%	111	25	11	95	7	5	8	3	—	20	6	4	37	7	2	11	2	—
		92,5%			28,6%			7,4%			17,7%			29,9%			8,9%		

tiku eri vormide tõttu ravitud teistes haiglates ja nad olid dispanseersel kontrollil olnud lühema või pikema aja vältel. Selliste haigete igakülgne kompleksne pulmonoloogiline uurimine on kopsuvähi diagnoosi täpsustamiseks eriti oluline. Seega kopsuvähi diagnoosimine tänapäeval peab olema kompleksne, millest tähtsa osa moodustab kompleksne bronholoogiline uuring (8).

Käesoleva töö ülesanne oligi selgitada kompleksse bronholoogilise uurimise osatähtsust erisuguse lokalisatsiooniga kopsuvähi diagnoosimisel.

Uuriti 346 haiget, kes ajavahemikul 1968. a. jaanuarist 1970. a. veebruarini kopsuvähi kahtluse tõttu viibisid Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri üldonkoloogiaosakonnas. Bronholoogiliselt uuriti 300 haiget. 46 juhul ei olnud bronholoogiline uuring näidustatud haige tervisliku seisundi tõttu või ta keeldus uuringust.

Kompleksne bronholoogiline uurimine toimus narkoosis. Lisaks bronhiaalpuu visuaalsele kontrollile võeti materjali tsütoloogiliseks ja patohistoloogiliseks uurimiseks bronhi limaskestalt. Perifeerse ümarvarju ilmnelisel kopsus lisandus eespool nimetatud uuringute kompleksile veel haiguskolde sondeerimine eri instrumentidega (röntgenkontrastne kateeter, kaproonhari) tsütoloogilise uurimismaterjali saamiseks.

Haigete kompleksse pulmonoloogilise uurimise põhjal diagnoositi kopsuvähki 207 juhul, neist 147 kasvajat paiknes tsentraalselt, 57 perifeerselt ja kolm mediastinaalselt. Kompleksse bronholoogilise uurimise tulemused on esitatud tabelites 1, 2, 3 ja 4. Neist selgub, et bronholoogiliselt on võimalik kindlaks teha 92,5% tsentraalselt ja 75,4% perifeerselt lokaliseeruvatest kopsuvähkidest.

Kui tsentraalselt paikneva kopsuvähi kindlakstegemise seisukohalt võrrelda kompleksset bronholoogilist ja röntgenoloogilist uurimist (vt. tabel 5), siis selgub, et bronholoogiline uurimine võimaldas 4,8% kasvajatest diagnoosida juba enne röntgenoloogiliselt täheldatavate muutuste ilmumist. Kuuel haigel, kellel kasvaja oli esimeses kliinilises staadiumis, sai kasvajat röntgenoloogiliselt kindlaks teha ainult kahel, s. o. 33,3%-l. Mõlemal juhul oli haigusprotsess silmaga hinnatav ka bronhoskoopiliselt. Ülejäänud juhtudel pandi diagnoos kompleksse bronholoogilise uurimise põhjal, kusjuures neljal juhul osutus ainsaks tõhusaks diagnoosimisevõtteks tsütoloogiline uurimine, sest bronhoskoopiliselt kindlakstehtavad

kaudsed kasvaja tunnused kahel juhul esinesid ja kahel puudusid.

Perifeersetel ümarvarjude puhul oli üks väärtuslikumaid meetodeid kateeterbiopsia, mis 62,9%-l juhtudest võimaldas hinnata haiguskollet kopsus (vt. tabel 6).

Biopsia võimaldas komplekssel bronholoogilisel uurimisel kasvajat diagnoosida 52,9%-l juhtudest. Kasvaja esimeses kliinilises staadiumis saadi positiivne vastus kolmel juhul kuuest, kusjuures kahel juhul kolmest muutusi bronhides ei olnud palja silmaga võimalik hinnata.

Järeldused

1. Kopsuvähi kahtlusega haiged kuuluvad komplekssele bronholoogilisele uurimisele, sest ainuüksi röntgenoloogi-

Tabel 3

Perifeerse kopsuvähi diagnoosi kinnitumine kompleksse bronholoogilise uurimise alusel vastavalt kasvaja kliinilisele staadiumile

Uurimismeetod	Uuritud haigete arv	Diagnoosi kinnitumine														
		Kokku			I			II			III			IV		
		+	±	-	+	±	-	+	±	-	+	±	-	+	±	-
Tsütoloogiline ägepreparaat	39	10	8	21	—	1	1	4	2	10	6	4	7	—	1	3
loputusvedelik	37	11	7	19	—	1	1	5	2	9	7	3	6	—	—	3
juhteaspiratsioon	27	19	3	5	1	—	1	10	2	4	6	1	—	2	—	—
Histoloogiline	27	3	—	24	—	—	1	—	—	8	2	—	13	1	—	2
Bronhoskoopiline	57	6	16	35	—	—	2	1	5	21	4	7	10	1	4	2
Kompleksse bronholoogilise uurimise tulemus	57 100%	31	12	14	1	—	1	15	3	9	12	6	2	3	3	2
		75,4%			1,8%			31,6%			31,5%			10,6%		

Tabel 4

Perifeerse kopsuvähi diagnoosi kinnitumine kompleksse bronholoogilise uurimise alusel vastavalt kasvaja lokalisatsioonile

Uurimismeetod	Uuritud haigete arv	Diagnoosi kinnitumine																	
		Kokku	parem kops						vasak kops										
			ülemine sagar			kesk-sagar			alumine sagar			ülemine sagar			alumine sagar				
		+	±	-	+	±	-	+	±	-	+	±	-	+	±	-	+	±	-
Tsütoloogiline ägepreparaat	39	10	8	21	2	2	6	—	1	1	1	1	7	4	3	6	3	1	1
loputusvedelik	37	11	7	19	3	1	8	—	1	1	1	1	5	4	3	5	3	1	—
kateeteraspiratsioon	27	19	3	5	6	1	—	1	—	1	4	—	4	5	2	—	3	—	—
Histoloogiline	27	3	—	24	1	—	7	—	—	1	1	—	6	—	—	9	1	—	1
Bronhoskoopiline	57	6	16	35	3	7	6	—	—	2	2	2	11	1	5	12	—	2	4
Kompleksse bronholoogilise uurimise tulemus	57 100%	31	12	14	9	4	3	1	—	1	6	2	7	10	5	3	5	1	—
		75,4%			22,8%			1,8%			14,0%			26,3%			10,5%		

Röntgenoloogilisel ja bronholoogilisel diagnoositud tsentraalse kopsuvähi juhud vastavalt kasvaja lokalisatsioonile ja kliinilisele staadiumile

Kasvaja kliiniline staadium	Uuritud haigete arv	Parem kops			Vasak kops	
		ülemine sagar	kesk-sagar	alumine sagar	ülemine sagar	alumine sagar
I	6	2*	—	1	1*	1 1*
II	26	10 1*	4	1 1*	8	1
III	94	27	7	21	33	6
IV	21	9	—	6	2	3 1*
Kokku	147	46 3*	11	29 1*	43 1*	11 2*

* Haigusjuhud, mil kasvajat röntgenoloogilisel ei avastatud.

Tabel 6

Tsentraalse kopsuvähi patohistoloogilise diagnoosi kinnitumine vastavalt biopsia meetodile

Biopsia meetod	Uuritud haigete arv	Diagnoosi kinnitumine			
		+		-	
		absoluut-arv	%	absoluut-arv	%
Üksikbiopsia	45	16	28,1	29	55,8
Kombineeritud biopsia *	64	41	71,9	23	44,2
Kokku	109	57	100	52	100

* Uurimismaterjal võetakse eeldatava haiguskolde mitmest eri osast.

giline uurimine, eriti tsentraalselt paikneva kasvaja korral, ei võimalda kasvajat varakult diagnoosida.

2. Kompleksne bronholoogiline uurimine võimaldab diagnoosida tsentraalselt kopsuvähki 92,5%-l ja perifeerset 75,4%-l juhtudest.

3. Kompleksel bronholoogilisel uurimisel ei tohi piirduda ainult bronhiaalsüsteemi vaatlusega. Tsütoloogiline ja patohistoloogiline uurimine on vajalik ka siis, kui bronhiaalpuu näib normaalne.

4. Kahjustatud koldest on soovitatav teha kombineeritud biopsia.

5. Üldnarkoosis tehtavat kompleksset bronholoogilist uurimist taluvad haiged

hästi ja see vajab laialdasemat kasutuselevõtmist eelkõige kopsuhaigustega tegelevates raviautustes.

KIRJANDUS: 1. Наймарк Д. А. Вопросы клиники и лечения заболеваний легких. Барнаул, 1965. — 2. Раков А. И. и др. 40 лет деятельности Ленинградского ин-та онкологии МЗ СССР, 1926—1966. Л., 1967. — 3. Рейнберг С. А. Вестн. рентгенол. и радиол., 1954, 4, 3—11. — 4. Рейнберг С. А. Клинич. медицина, 1954, 33, 3, 17—30. — 5. Bohn, W. et al. Schweiz. med. Wochenschr., 1966, 42, 1417—1420. — 6. Jenny-Stangl, A. Klin. Wochenschr., 1965, 33/34, 559, 560. — 7. Rätsep, V. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1968, 4, 245—249. — 8. Soulas, A., Mounier-Kuhn, P. Bronchologie. Technique endoscopique et pathologie tracheo-bronchique. Paris, 1956. — 9. Zajaczkowska, J. et al. Pol. Med. J., 1968, 7, 4, 928—941.

РЕЗЮМЕ. Комплексное бронхологическое исследование в диагностике рака легкого. В. И. Рятсеп, П.-Х. О. Лойт. В статье анализируются данные комплексного бронхологического исследования 300 больных с наличием и подозрением на опухолевую патологию легких. Метод включает в себя бронхоскопию с визуальным осмотром бронхиального дерева, со взятием и последующим исследованием цитологического биопсийного материала. Оказалось возможным выявление рака центральной локализации в 92,5% случаев, периферической — в 75,4% случаев. Метод имеет особую ценность при центральной локализации опухолей, так как он дает возможность установить характер патологического процесса до возникновения рентгенологически определяемых признаков заболевания.

Tallinna Vabariiklik Onkoloogia Dispanser

EKSPERIMENTAALSEID ANDMEID PÄRMI RIBONUKLEIINHAPPE SUURTE DOOSIDE ANTIBLASTILISEST TOIMEST

JURI RAUDSEPP

Tallinn

UDK 616-006-08-092.9

Pärmi hüdrolüüsil saadav ribonukleinihappe naatriumsool ehk naatriumnukleinaat on meditsiinipraktikas tuntud leukopoeesi stimulaatorina (5). Pärmi ribonukleinihappe kasutamise võimalikkusele on viidatud ka südamehaiguste ravis (4). Kümmeaastat tagasi hakati erilist huvi tundma RNA kasutamise vastu onkoloogias. Leiti, et rottide maksast isoleeritud RNA pidurdab katseloomadel nii hepatoomide (1, 2, 8, 11) kui ka mõne astsiitkasvaja kasvu (10, 12). Kuigi huvi pärmi, eriti lüofiliseeritud pärmikompleksi (3) antiblastiliste omaduste vastu on tõusnud, on autorite vaated pärmi ribonukleinihappe (edaspidi pärmi RNA) kasvavastase toime hindamisel lahkuminevad. Ühed uurijad on nimetatud küsimuses jaataval seisukohal (7, 9), teised eitaval (2, 11). Silmas pidades meie poolt varem eksperimendis täheldatud pärmi RNA antiblastilisi omadusi (6), otsustasime käesolevas töös uurida pärmi RNA toimet hepatoom 22 astsiitkasvaja (HA-22) ja Ehrlichi astsiitkasvaja* ruumalasse, astsiidivedelikus leiduvate rakkude kontsentratsioonile ning nende üldhulgale.

Uurimismaterjal ja meetodika. Katsed tehti mõlemast soost C_3HA -liini hiirtega ja valgete hiirtega. Astsiitkasvaja saamiseks inokuleeriti igale hiirele nii

* Et vastavad oskussõnad eesti keeles ei ole kindlalt juurdunud, on siinkohal vaja teha järgmine märkus. Astsiitkasvaja all tuleb käesolevas artiklis mõista kasvajakudede vohamise tulemusena hiire kõhuõõnde kogunenud astsiidivedelikku koos selles leiduvate kasvajakudede ja mittekasvajalise päritoluga rakkudega (lümfotsüüdid, makrofaagid, neutrofiidid, mesoteelirakud). Astsiitkasvaja tsentrifugimisel järelejäävat vedelikku nimetatakse astsiidivedelikuks. Meie andmeil on kuue päeva eest inokuleeritud astsiitkasvajas 86% kasvajakke, 11 päeva eest inokuleeritus aga 80%. Edaspidi on kasvajakudede hulka arvatud ka 14- kuni 20%-line mittekasvajalise päritoluga rakkude fraktsioon, mis vastavalt meie varajasematele uuringutele astsiitkasvaja kasvu dünaamikas olulist osa ei etenda.

kontroll- kui ka katserühmas (I, II, III ja IV rühmas) 13...15 miljonit kasvajakku kõhuõõnde. Pärmi RNA lahustati 0,15-molaarses keedusoolalahuses. Saadud lahuse pH oli 7,1 piires. Preparaati hakati manustama kasvaja pookimisele järgnenud päeval. Olenevalt katse korraldusest süstiti seda 20, 500 ja 1000 mg/kg lihasesse või kõhuõõnde üks kord päevas 10 päeva jooksul. Bioloogiakandidaat R. Birgi andmeil sisaldas meie kasutatud naatriumnukleinaat 70% ribonukleinihappet (määratud Spirini järgi ja Tsanev-Markovi järgi). Desoksüribonukleinihappesisaldus ei olnud üle 1%.

Pärast hiirte surmamist 11. katsepäeval määrati nende astsiitkasvajate ruumalad (V_1) ja astsiitkasvaja 1 cm^3 -s leiduvate rakkude kontsentratsioon (C_1). Ühe hiire kohta tuleva rakkude üldhulga (N) määramiseks loputati katseloomade kõhuõõnt pärast astsiitkasvaja evakueerimist 10 cm^3 füsioloogilise lahusega neli korda ($V_2=40\text{ cm}^3$). Järgmisena määrati rakkude kontsentratsioon 1 cm^3 loputusvedelikus (C_2). Nii astsiitkasvajas kui ka loputusvedelikus leiduvate rakkude hulga määramisel kasutati Gorjajevi loenduskaamrit. Rakkude üldhulk katselooma kohta arvutati valemi järgi: $N=C_1V_1+C_2V_2$ (13).

Tulemused. Katserühmi oli kuus. Tulemused on toodud tabelis.

Esimese katserühma ülesanne oli välja selgitada, kas efektiivselt osutunud pärmi RNA annuse (500 mg/kg) suurendamisega (kuni 1000 mg/kg) kaasneb preparaadi antiblastilise toime tugevnemine. Tulemused seda ei kinnita, sest mõlemad annused pidurdavad kasvaja kasvu vastavalt 65% ja 55% võrra.

Teise katserühma ülesanne oli meditsiinipraktikas leukopoeesi stimuleerimiseks kasutatava pärmi RNA kahekordsele suuremale lubatud annusele ekvivalentse annuse (20 mg/kg) toime hindamine hepatoomil 22. Nagu tule-

Pärmi ribonukleiinhappe toime HA-22 ja Ehrlichi astsiitkasvaja ruumalasse, rakkude kontsentratsioonisse ja nende üldhulgasse

Katses- rühm	Preparaadi annus ja manustamise viis	Hiirte arv		Astsiitkasvaja ruumala cm ³	Rakkude kontsentrat- sioon · 10 ⁶ cm ³	Rakkude üldhulk · 10 ⁶	Kasvaja kasvu pidurdu- mise %
		katse algul	katse lõpul				
Katsed hepatoom 22 astsiitkasvajaga							
I	Kontroll	10	6	14,3	77	1 116	
	500 mg/kg liha- sesse	8	7	10,2 P<0,02	56 P<0,05	615 P<0,01	65
	1000 mg/kg liha- sesse	8	8	11,3	58 P<0,05	686 P<0,01	55
II	Kontroll	7	4	10,6	143	1 491	
	20 mg/kg kõhu- õõnde	7	4	10,1	114	1 230	
	Kontroll	5	5	4,2	133	663	
III	500 mg/kg kõhu- õõnde*	5	4	3,6	104	509	23
	500 mg/kg liha- sesse*	5	5	1,9 P<0,01	91 P<0,01	267 P<0,05	60
	Kontroll	8	6	8,6	60	564	
Katsed Ehrlichi astsiitkasvajaga							
IV	Kontroll	8	6	8,6	60	564	
	500 mg/kg liha- sesse	8	7	4,8 P<0,01	65	346 P<0,05	39
V	Kontroll	8	5	11,0	59	700	
	12 · 10 ⁶ rakku	8	5	11,0	59	700	
	500 mg/kg kõhu- õõnde	8	6	7,0 P<0,01	53	328 P<0,01	53
VI	Kontroll	8	7	8,4	86	631	
	1 · 10 ⁶ rakku	8	7	8,4	86	631	
	500 mg/kg kõhu- õõnde	8	8	5,1	42 P<0,05	273 P<0,05	57

Märkus. Tabelis on esitatud keskmised andmed ühe katselooma kohta.

* Preparaati süstiti viie päeva jooksul kasvaja logaritmilise kasvu faasis. Katseloomad surmati 6. päeval.

mustest nähtub, ei stimuleeri ega pidurda see annus kasvaja kasvu.

Kolmanda katserühma eesmärk oli uurida pärmi RNA toime sõltuvust manustamisviisidest ja seda kasvaja kasvu kõige aktiivsemas, logaritmilises faasis. Nagu tabelist nähtub, pidurdas preparaat lihasesse süstituna kasvaja kasvu märgatavalt rohkem kui kõhuõõnde süstituna.

Neljanda katserühma ülesanne oli pärmi RNA toime hindamine Ehrlichi astsiitkasvaja mudelil. See on üks vanemaid astsiitkasvajaid ja seejuures äärmiselt dediferentseerunud. Preparaadi toimel pidurdus ka selle kasvaja kasv (39%).

Viienda ja kuuenda rühma katsetega püüdsime leida vastust küsimusele, millisel määral sõltub pärmi RNA toime inokuleeritud kasvajakarakkude hulgast. Ühtele katseloomadele poogiti 12 miljonit ja teistele 1 miljon kasvajakaraku kõhuõõnde. Nagu esialgsetest tulemustest nähtub, ei sõltu preparaadi toime poogitud kasvajakarakkude erisugustest hulkadest.

Kokku võttes võib märkida, et pärmi RNA suurtes annustes pidurdas kasvaja kasvu kõikides katserühmades. See kajastus kõige ilmekamalt rakkude üldhulga muutusel, mille alusel leiti kasvaja kasvu pidurdumise protsent.

KIRJANDUS: 1. Аксенова Н. Н. и др. Цитология, 1962, 4, 5, 490—498. — 2. Артаманова В. А. и др. Вопр. онкол., 1964, 3, 22—26. — 3. Балицкий К. П., Струк В. И. Вопр. онкол., 1968, 5, 100—105. — 4. Германюк Я. Л. и др. Вопр. мед. химии, 1965, 11, 6, 34—38. — 5. Машковский М. Д. Лекарственные средства. М., 1967, 481. — 6. Раудсепп Ю. Ю. Материалы I Всесоюзной конференции по химиотерапии злокачественных опухолей. Рига, 1968, 282—283. — 7. Brancati, R. cit. Deotto, R., 1952. — 8. De Carvalho, S., Rand, H. Y. Nature, 1961, 189, 4767, 815—817. — 9. Deotto, R. Tumori, 1952, 38, 2, 108—124. — 10. Griffin, A. C., O'Neal, M. A. VIII Intern. Cancer Congress. Abstracts of Papers. M., 1962, III. — 11. Niu, M. C. Science, 1960, 131, 3409, 1321. — 12. Niu, M. C. VIII Intern. Cancer Congress. Abstracts of Papers. M., 1962, 110. — 13. Vincent, P. C., Nichols, A. Cancer Res., 1967, 27, 6, 1058—1064.

РЕЗМЕ. О противоопухолевом действии больших доз дрожжевой рибонуклеиновой кислоты в эксперименте. Ю. Ю. Раудсепп. Опыты были поставлены на беспородных белых и С₃НА мышах обоего пола с асцитными опухолями, гепатомой 22 и опухолью Эрлиха. Было установлено, что дрожжевая РНК, введенная внутримышечно в дозе 500 мг/кг и 1000 мг/кг, тормозит рост асцитной опухоли гепатомы 22 на 65% и 55% соответственно. Доза 20 мг/кг оказалась неэффективной.

В опытах с асцитной опухолью Эрлиха при инокуляции 12 млн. и 1 млн. опухолевых клеток торможение роста опухоли под влиянием введения 500 мг/кг дрожжевой РНК было соответственно 53% и 57%. Процент торможения вычислялся на основе общего количества опухолевых клеток.

*Eksperimentaalse ja Kliinilise
Meditsiini Instituut*

SAPITEEDE HAIGUSTE SEOS METEOROLOOGILISTE TEGURITEGA EESTI NSV SAARTEL

ANTS HAAVEL
REINHOLD BIRKENFELDT
Kingissepa

UDK 616.361 : 613.1(474.2)

On vähe andmeid sapiteede haiguste sesoonsusest ja nende seosest geograafilise keskkonna ning meteoroloogiliste teguritega. Sapivoolmete tekkimist seoses meteoroloogiliste teguritega on kirjeldanud mõned autorid (1, 2, 5, 7, 8). P. Bernett (3) täheldas Münchenis aastail 1960...1963 sapivoolmetesse haigestumise tunduvat sagenemist külmade ja niiskete ilmadega, K. Daubert (4) ja W. Warmbt (9) aga nentisid sagenemist õhurõhu kõikumiste ajal.

Uurisime Kingissepa Rajooni Keskhaiglas aastail 1958...1965 sapiteede haiguste tõttu hospitaliseeritud haigete haiguslugusid. Andmed meteoroloogiliste tingimuste kohta saadi Eesti NSV Hüdrometeoroloogia teenistuse Valitsuse hüdrometeoroloogiafondist (Kingissepa Meteoroloogiajaama andmed aastaist 1958...1965), summaarse radiatsiooni kohta aga Eesti NSV Teaduste Akadeemia Füüsika ja Astronoomia Instituudi atmosfääri uurimise sektorist. Meteoroloogilistest teguritest võeti arvesse kuu keskmine temperatuur, õhurõhk, relatiivne niiskus, sademete hulk, tuule kiirus, päikesepaisteliste tundide arv ja

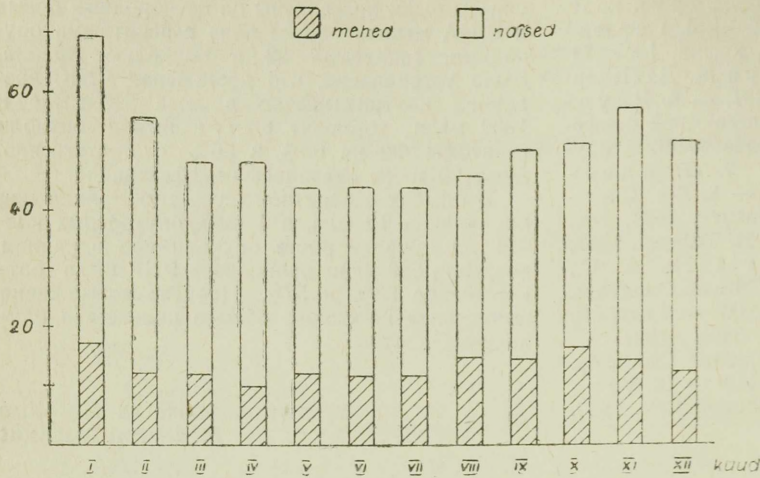
summaarne radiatsioon. Korrelatsiooni-koefitsiendid (r), näitajate keskmine viga ja tõenäosus arvutati Kingissepa masinaarvutusjaamas.

A. Raigi (6) järgi asuvad Eesti NSV saared merelise kliima valdkonnas. Suuremad erinevused mandriosast on aasta keskmises temperatuuris ja pakaseste ilmade ning suvepäevade arvus. Vilsandis on aasta keskmine temperatuur +6,0°C. Eesti NSV keskmine aga +4,6°C. Talvel on saartel umbes 3...5° soojem ja kevad algab umbes kaks nädalat hiljem kui Ida-Eestis. Suvel on kuumi ilmu vähem, sügis aga on pikem ja soojem. Üldiselt on saarte kliima ühtlasem.

Kingissepa Rajooni Keskhaiglas hospitaliseeriti aastail 1958...1965 381 haiget, kes põdesid sapiteede põletikku. Naisi oli 75,5% ja mehi 24,5%. Haigestunute põhigruppi kuulusid 30...59 aasta vanused inimesed (62,2%), kuni 30-aastasi oli 18,8% ning üle 60 aasta 19%.

Haigusjuhtude arv hakkas suurenema oktoobrikuust alates, saavutas maksimumi jaanuaris ja jäi küllalt suureks

**SAPITEEDE HAIGUSI PÕDEVATE HAIGETE
ARV KUUDE LÕIKES**



Aastail 1958...1965
Kingissepa Rajooni
Keskhaiglise hospi-
taliseeritud sapiteede
haigusi põdevate hai-
gete jaotumine.

ka märtsi- ja aprillikuus (vt. joonis). Uuritud kaheksa aasta jooksul langes ajavahemiku novembrist märtsini arvele 49,3% sapiteede haigustesse haigestumistest. P. Berneti (3) andmeil oli ka Münchenis sapivoolmetesse haigestumise juhte kõige rohkem novembris ja jaanuarist märtsini.

Sapiteede haigusi registreeriti märgatavalt rohkem kuudel, mil tuli ette suuri õhurõhu kõikumisi ja mil summaarne radiatsioon oli tunduvalt vähenenud. Näiteks 1960. a. detsembris registreeriti 12 haigusjuhtu, maksimaalne õhurõhk oli 1026,9 millibaari ja minimaalne 917,9 millibaari, summaarne radiatsioon 0,325 kcal/cm², paljude aastate keskmine detsembris aga 0,6 kcal/cm².

Sapiteede haigusi põdevate isikute arv seostus meteoroloogiliste teguritega järgmiselt ($p \leq 0,01$, kui $r \geq 0,254$; $p \leq 0,05$, kui $r \geq 0,195$): keskmine õhutemperatuur — $r = -0,0997$, keskmine õhurõhk — $r = 0,2103$, tuule keskmine kiirus — $r = -0,1629$, sademete hulk — $r = -0,0292$, õhu keskmine relatiivne niiskus — $r = -0,1385$, päikesepaistete tundide arv — $r = 0,0766$ ja summaarne radiatsioon — $r = -0,1074$. Seega ilmneb keskmise õhurõhuga nõrk samasuunaline seos. Otsene seos teiste meteoroloogiliste teguritega on nõrk või puudub.

Kokku võttes võib öelda, et Eesti NSV saartel sageneb sapiteede haigustesse haigestumine novembrist märtsini. Hai-

gusjuhtude arv on samasuunalises korrelatsioonis keskmise õhurõhuga. Peame vajalikuks, et nimetatud perioodi algul kontrollitaks sapiteede haigusi põdevaid haigeid ja neile määrataks profülaktiline ravikuur. Ägenemiste vältimiseks võib talvel soovitada sanatoorset ravi.

KIRJANDUS: 1. Чубинский С. М. Биоклиматология. М., 1965. — 2. Assmann, D. Die Wetterfähigkeit des Menschen. Zweite Auflage. Jena, 1963. — 3. Bernett, P. Münchener Med. Wochenschr., 1968, 110, 11, 669—674. — 4. Daubert, K. Heilkunst, 1958, 71, 310—314. — 5. Hentschel, G., Knorre, G. Z. ges. innere Med., 1959, 19, 926—930. — 6. Raik, A. Eesti Loodus, 1967, 2, 65—70. — 7. Rudder, B. de. Grundriss einer Meteorobiologie des Menschen. 3. Auflage. Berlin, 1952. — 8. Ungeheuer, H. Ber. Dtsch. Wetterdienstes, 1955. Bd. 3, Nr. 16. — 9. Wrambt, W. Angew. Meteorol. 1952, I, 244—255.

РЕЗЮМЕ. О связи заболеваемости желчных путей с метеорологическими факторами на островах Эстонской ССР. А. А. Хаавель, Р. Р. Биркенфельдт. Обследован 381 больной с заболеванием желчных путей, находившийся на лечении в Кингисепской центральной районной больнице (на острове Сааремаа) с 1958 по 1965 г.

На островах с морским климатом повышенная заболеваемость желчных путей отмечалась с ноября до марта месяца.

Имеется коррелятивная связь заболеваемости желчных путей со средним атмосферным давлением. Рекомендуется в начале данного периода проводить диспансерный контроль и профилактическое лечение. Санаторное лечение желательно зимой.

Kingissepa Rajooni Keskhaiгла

FURADONIINRAVI PROBLEEME UROLOOGIAS

TOIVO VELGRE
Tallinn

UDK 616.61-08-06

Uroloogias on pidevalt rakendatud uusi bakteritevastaseid kemoterapeutilkume. Antibiootikumide ja pikaajalise toimega sulfaniilamiidide kõrval on kasutama hakatud ka nitrofuraanirea preparaate. Sõltuvalt keemilisest struktuurist toimivad need mikroobidesse erinevalt. Furasolidoon, mille kõrvalahelas C₂ kohal on oksasolidoontuum, on aktiivsem graamnegatiivsete mikroobide ja trihhomoonaste suhtes. Furadoniinil ja furagiinil on kõrvalahelas aminohüdantoiintuum ja need toimivad seetõttu tugevamini peamiselt kuseteede infektsiooni tekitajatesse (4).

Uroloogias on laialdaselt kasutamist leidnud just furadoniin. Meil on kättesaadav «Polfa» preparaat nitrofurantoiin. Preparaadil on palju sünonüüme: furadantiin (USA), furadoiin (Prantsusmaa), nifurantiin (SDV). Juhendi järgi tuleb furadoniini võtta 5...7 päeva ägedate kliiniliste nähtude vaibumiseni. Bakteritevastane ravi on põelonefriiti põdevail haigeil edukas olnud vaid siis, kui furadoniini kasutada kas tsükliliselt või määrata väikeste toetavate annustena 6 kuu kuni 1,5 aasta vältel (3).

Furadoniini sünteesis 1953. aastal R. Kalnberg ja 1958. aastal võttis kliinikus kasutusele V. Goldberg, kes näitas, et pärast preparaadi lühiajalist kasutamist haigus alati retsidiiveerub (1, 2). Seetõttu soovitab ta pikemaajalisi profülaktilisi furadoniinkuure raviannusest väiksemate nn. toetavate annustega. See on võimalik seetõttu, et preparaati suhteliselt vähe kontsentreerub plasmas ja normaalse neerufunktsiooni korral ei kumuleeru (9). Eksperimentaalse põelonefriidi korral on furadoniinravi merisigadel analüüsinud H. Kähler (5). Autor selgitas, et emalooma vereringest satub loote verre vaid tühine kogus preparaati. Sellest lähtudes soovitab furadoniini kui väärtuslikku preparaati kuseteede infektsioonide raviks raseduse ajal. Ta kasutas preparaati löökannustes kuu vältel 300 mg päevas ja edaspidi pikka aega retsidiivide vältimiseks 100 mg päevas. Tulemused olid head, retsidiive ei tekkinud.

On ilmunud rohkesti uurimusi tüsistustest pärast nitrofuraanirea preparaatide tarvitamist. Et enamikus käsiraamatutes puudutatakse neid vaid põgusalt, siis käesolevas artiklis püütakse anda mõningane ülevaade sagedamini tekkivatest tüsistustest.

1969. aastast alates on autor furadoniiniga ravinud 42 haiget, kellest 4-l tuli ravi kõrvalnähtude tõttu katkestada. Neist juhtudest lähemalt allpool. Kergematest kõrvaltoimetest märgitakse ravimi kirjeldustes iiveldust ja sageli ka oksendamist. Neid ja lisaks allergilist reaktsiooni nahalöövetena on täheldanud K. Müller ja H. Henning (8). Allergilist reaktsiooni kahel haigel on põhjalikumalt kirjeldanud P. Lüblers (7). Kumbki haige sai 300 mg preparaati päevas kaheksa päeva järjest. Neil vallandus väga tugev allergiline reaktsioon alles mõni kuu hiljem, s. o. siis, kui nad pärast tsüstiidiinähude ilmumist võtsid omal algatusel uuesti mõne tableti furadoniini. Et need juhud sarnanesid meil ettetulnutega, siis tookime haigusjuhu kirjelduse.

J u h t 1. 53-aastane patsient T. A. (Nõmme Haigla haiguslugu nr. 1756/69). Diagnoos: *Pyelonephritis chronica bilateralis*.

Raviti kuue kuu jooksul bakteritevastaste preparaatidega — antibiootikumid, sulfaniilamiidid, nitrofuraanid. Raviskeem oli tsükliline, kahepäevaste vaheaegadega. Patsient sai furadoniini 300 mg *pro die*. Pärast summaarset doosi 6,3 grammi vallandus haigel väga tugev allergiline reaktsioon, mistõttu ta tuli hospitaliseerida.

Vastuvõtul Nõmme Haiglas diagnoositi allergilist reaktsiooni furadoniini suhtes. Raskeks muutunud hingamine (28 korda minutis), akrotsüanoos. Pulss 98 lööki minutis, arteriaalne rõhk 100/80 mm Hg. Vappkülm, kehatemperatuur tõusis kuni 39,6°. Suurelaiguline erütematoosne nahalööve küünarvarte painutuskülgedel ja kehatüvel. Kuigi allergianähud olid juba ilmnunud, võttis haige hospitaliseerimise päeva hommikul veel 100 mg furadoniini.

Kohe keelati preparaadi kasutamine. Kolmeks päevaks määrati tilkinfusioonina 2,5...3 liitrit füsioloogilisi lahuseid päevas, manustati vitamiine ja kaltsiumi veeni ning histamiinivastaseid preparaate. Samal ajal raviti põelonefriiti antibiootikumide ja madribooniga. Öhtul oli kehatemperatuur juba normis, lööve kadus kolme päeva jooksul. 8. päeval lahkus

haige tervenemult. Ambulaatoorselt jätkus püelonefriidi ravi muude kemoterapeutikumidega.

Nimetatud juht oli meie praksises senistest raskeim. Siin oli tegemist allergiseerumisega esimese tsüklilise ravikuuri ajal. Furadoniini korduv tarvitamine pärast vaheaega vallandas tugeva anafülaktilise reaktsiooni, mistõttu haige vajab haiglaravi.

Järgmised kaks juhtu olid kergemad ja haiged haiglaravi ei vajanud.

J u h t 2. 62-aastane patsient K. M. (haiguslugu nr. 12444/69). Diagnoos: *Pyelonephritis calculosa chronica dextra*.

Haige sai pärast operatsiooni furadoniini 300 mg *pro die*. Pärast summaarset doosi 2,7 grammi tekkisid iga annuse järel halb enesetunne ja tugev iiveldus. Patsiendil tehti kindlaks ülitundlikkus furadoniini suhtes. Kohe keelati preparaadi tarvitamine. Paari päevaga enesetunne paranes, iiveldus kadus. Püelonefriidi ravi jätkus antibiootikumide, madribooni ja nikodiiniga.

J u h t 3. 27-aastane patsient H. M. (Nõmme Haigla haiguslugu nr. 971/69). Diagnoos: *Pyelonephritis calculosa chronica sin.* (korallkivi).

Vaheldumisi muude bakteritevastaste preparaatidega sai haige 7 kuu jooksul pärast operatsiooni furadoniini 300 mg *pro die*. Pärast summaarset doosi 30,6 grammi tekkis ootamatult tugev iiveldus ja haige hakkas oksendama. Jäsemetele ja kehatüvele ilmusid suured punetavad laatonud laigud. Enne neid sümptomeid olid juuksed hakanud välja langema, millele patsient tähelepanu ei pööranud. Kohe keelati ära preparaadi tarvitamine ning ambulaatoorselt alustati desensibiliseerivat ravi. Ülitundlikkuse nähud taandaresid 2...3 päevaga. Pärast nädala möödumist jätkati püelonefriidi ravi teiste kemoterapeutikumidega.

Kirjanduse andmeil peetakse üheks raskemaks furadoniinist põhjustatud tüsistuseks toksilist polüneuropaatiat, mida seni on kirjeldatud umbes 65 juhtu (10). Kõigil neil on kindlaks tehtud jääklämmastiku hulga suurenemine. Seega on tegemist olnud neerupuudulikkusega, mille puhul furadoniini doosierimisega oleks tulnud olla ettevaatlikum. Polüneuropaatia väljakujunemine ei sõltu ravi ajast ja summaarse või ühekordse doosi suuruselt. V. Lehmann (6) täheldas kahjustusi nii 165,5 grammi kui 1,8 grammi andmisel (400 mg päevas).

Toksilise polüneuropaatia sümptoomed on kirjeldanud K. Müller ja H. Henning (8). Esimese sümptoomina kujunevad kergekujulised sõrmede ja varvaste paresteesiad, millele lisandub naha mõõdukas sügelemine. Hiljem tekib valu;

lihaste jõudlus ja mootorika langevad. Kõõluserefleksid nõrgenevad. Kergedel ja keskmise raskusega juhtudel leitakse histoloogiliselt perifeersetes närvides degeneratsiooni koos lihaste osalise atroofiaga. Rasketel ja ülrasketel juhtudel ilmnevad irreversiblid muutused seljaaju eesmise sarvede rakkudes. Et histoloogiliselt ei ole kindlaks tehtud põletiku tunnuseid, siis peetakse õigemaks kahjustust nimetada toksiliseks polüneuropaatiaks, mitte aga polüneuriidiks. Kirjeldame ühte juhtu, mil esinesid perifeerse närvisüsteemi kahjustuse nähud.

J u h t 4. 47-aastane patsient L. E. (Nõmme Haigla haiguslugu nr. 1331/69). Diagnoos: *Pyelonephritis chronica bilateralis*.

Patsienti raviti tsüklilise skeemi järgi kaheksa kuu väitel antibiootikumide, madribooni, nikodiini ja nitrofuraanidega. Pärast summaarset doosi 18,9 grammi (300 mg furadoniini *pro die*) tekkisid iiveldus ning üldine nõrkus. Kujunes sõrmede nõrkus, mis avaldus selles, et patsient, elukutselt raamatupidaja, ei saanud enam kirjutada. Sõrmeliigesed turusid ja küünarvarte painutuskülgedele ilmus suurelaiguline punetav lööve. Haige hospitaliseeriti. Diagnoos: furadoniinist tingitud algav polüneuropaatia. Kohe keelati preparaadi andmine ning määrati desensibiliseerivaid vahendeid koos B-rühma vitamiinidega ja füsioteraapia. Ülitundlikkuse ja toksilise polüneuropaatia nähud taandaresid ja haige läks koju 12. päeval. Kontrollimisel kolme kuu pärast jääknähud puudusid. Püelonefriidi ravi jätkati teiste preparaatidega.

Arvestades tüsistuste esinemisvõimalusi, tuleks furadoniinravi ajal silmas pidada järgmist.

1. Preparaadi ordineerimisel arvestada neerupuudulikkuse kaasnemise võimalust.

2. Kui ravikuurid on pikaajalised, tuleb haigeid hoiatada, et võib tekkida ülitundlikkus, ja selgitada, et nad preparaati ei võtaks pärast mingi kõrvalnähu ilmnemist ja siis kohe arsti poole pöördusid.

3. Tagasihoidlike düspeptiliste vaevuste kujunemisel tuleb päevast doosi kas vähendada (200 mg) või veelgi väiksemateks annusteks jaotada (50 mg×6 päevas). Et iiveldust vältida, võib preparaati võtta piimaga, mis teataval määral toimib antiemeetilisel.

Kokku võttes võib öelda, et furadoniin ei ole täiesti ohutu ja ravimisel tuleb olla ettevaatlik. Teda ordineeritagu rangelt näidustusi arvestades.

KIRJANDUS: 1. Гольдберг В. В. Урология, 1959, 1, 49. — 2. Заева С. П. и др. Урология, 1957, 6, 46—50. — 3. Левант Д. Е. Урология, 1960, 5, 45—51. — 4. Машковский М. Д. Лекарственные средства. М., 1967, ч. 2, 86—89. — 5. Kähler, H. J. Med. Klinik, 1966, 61, 13, 505—509. — 6. Lehmann, V. Dtsch. Gesundheitswesen, 1966, 21, 2338—2343. — 7. Lübbers, P. Dtsch. med. Wochenschr., 1962, 87, 43, 2209—2211. — 8. Müller, K., Henning, H. Med. Klinik, 1965, 52, 2085—2089. — 9. Sparwasser, H. Therapiewoche, 1967, 35, 1271—1273. — 10. Wagner, H. u. a. Münchener med. Wochenschr., 1968, 110, 10, 591—593.

РЕЗЮМЕ. Проблема лечения фурадоном в урологии. Т. Ф. Вельгре. Описывается на основании 42 случаев применение фурадоина при лечении инфекции в мочевых путях. Основ-

ное внимание уделяется четырем случаям, где из-за осложнений пришлось прервать лечение.

Из тяжелых осложнений был случай токсической полиневропатией, которая выражается в поражении периферической нервной системы и может привести к необратимому нарушению моторики. Более легкими являются аллергические реакции разного характера и тяжести, которые обратимы при своевременном обнаружении. При недостаточности почек препарат рекомендуется применять с большой осторожностью, из-за нарушения элиминации и способности его к кумулированию.

Несмотря на возможность появления осложнений, препарат следует применять, так как при инфекции в мочевых путях он имеет большую ценность. Лечение нужно проводить обоснованно и при контроле врача.

Tallinna Vabariiklik Haigla

KONVEIERILINDI KIIRUSE MUUTMINE VAHETUSE VÄLTTEL

ULO KRISTJUHAN
ERKI KRANIG

Tallinn

UDK 612.766.1

Tänapäeval on üks levinumaid tööviise sundrütmiiga konveieritöö. Enamasti liigub konveierilint vahetuse vältel püsiva kiirusega, kuigi kiirust on võimalik muuta. Liikumiskiiruse muutmise on mõnikord tingitud tootmisprotsessi häiretest, kuid seejuures ei arvestata inimese füsioloogilisi võimeid.

Konveierilindi kiirusele on tähelepanu pööranud nii psühholoogid kui ka füsioloogid. Enamik autoreist soovivad kiirust vahetuse vältel reguleerida vastavalt tööviime või töövalmiduse (tööviime kasutatava osa) muutumise kõverale (1, 2, 3, 9, 10). Sellest hoolimata aga on autorite arvamused paradoksaalsed, eriti vahetuse lõpu kohta: soovitakse nii suuremat kui ka väiksemat kiirust.

Lääne-Euroopa uurijate järgi moodustab töövalmiduse dünaamika ööpäeva jooksul suhteliselt jäiga bioloogilise kõvera. Kindlasti oleks väga otstarbekas muuta kiirust nii, et füsioloogilised talitlused vastaksid ööpäevasele bioloogilisele perioodilisusele. Sel juhul aga ei saavutataks kõrget tööviljakust, sest mida suurem on töökoormus, seda suuremad on muutused ööpäevases perioodilisuses.

Konveierilindi liikumiskiiruste režiimi koostamine püsiva kiiruse puhul

mõõdetud psühhofüsioloogiliste andmete alusel ei ole samuti küllalt põhjendatud. Ei ole ju teada, millistel näitajatel on suurim tähtsus füsioloogiliselt põhjendatud kiirusrežiimi valikul ja milline peaks olema nende näitajate dünaamika siis, kui režiim on füsioloogiliselt põhjendatud. Uue ja just mõjusa režiimi puhul on uus ka näitajate dünaamika, mis suurel määral sõltub töökoormusest vahetuse vältel, organisatsioonilistest häiretest jms. (pooltoodete või toormaterjali puudumine, meelevõime, psühholoogiline miljöo).

Töötajate keskmine koormus vahetuses ei tohi olla suur. Vahetuse algul ei ole füsioloogiliste funktsioonide seisund töötamiseks optimaalne, tekib füsioloogiline konflikt aju tegevuses (5) ja on vaja taastada töö dünaamiline stereotüüp. Hommikuse vahetuse algul on füsioloogiliste funktsioonide seisund madal ka ööpäevase perioodilisuse tõttu. Vahetuse algul ei saa tootmistööst osa võtta kõik töötajad, sest osa saabub hiljem, näiteks 7 tundi töötavad imetavad emad ja alaealised, ning on vaja teha ettevalmistusi tööks. Seega peaks konveierilint vahetuse algul liikuma aeglasemalt.

Vahetuse lõpuks halveneb organismi funktsionaalne seisund. Füsioloogiliselt põhjendatud töörežiimi puhul tuleks konveierilindi kiirust vähendada vahetult enne vahetuse lõppu. Kuid organismi füsioloogiliste funktsioonide seisundi üldisest halvenemisest hoolimata võib tööpäeva lõpul esineda lõpuspurt. Öhtuse vahetuse lõpul on füsioloogiliste funktsioonide seisund halvem ööpäevase perioodilisuse tõttu. Ka vahetuse lõpul, nagu vahetuse algulgi, ei saa kõik töötajad tootmisest täie jõuga osa võtta.

Käesoleva töö eesmärk oli uurida, millised on füsioloogia seisukohalt optimaalsed konveierilindi kiiruse muutused vahetuse vältel.

Eespool toodud kalkulatsioone arvestades koostati Tallinna õmblusvabriku «Baltika» konveiereile töörežiim, mille järgi vahetuse algul 30 minuti ja lõpul 60 minuti jooksul tuleb konveierilindi kiirust vähendada ligikaudu 30%. Ülejäänud tööajal aga suurendati kiirust niivõrd, et keskmine kiirus vahetuse jooksul jäi endiseks. Vana ja uue töörežiimi võrdlemiseks korraldati 1968. ja 1969. aastal katsed konveieritel nr. 5, 6 ja 12, millel valmistatakse meeste pükse, pintsakuid ja mantleid. Operatsioon (takt) kestis enamasti 2...5 minutit. Töö oli enamasti füüsiliselt kerge ja keskmise närvipingega. Uurimisalusteks oli 47 töötajat. Jälgiti vahetuse algul sissetöötamist — mõõdeti pulsisagedust ja lasti teha seemnete sorteerimise test — ning kontrolliti vahetuse lõpuks tekkivat väsimust, hinnati staatilist vastupidavust ja väsimustunnet.

Pulsisagedust mõõdeti kaks korda tööpäevas (palpatooriselt *a. radialis*'el 15 sekundi vältel, alates 15. sekundist pärast töö katkestamist), esimesel kuni kolmandal minutil töö algusest arvates ja pärast 20 minutit töötamist (11, 13).

Seemnete sorteerimise test oli järgmine: 100 kahte liiki seemet tuli võimalikult kiiresti liigitada omaette kastikesse. Sekundimõõtja fikseeris aja. Test tehti kohe vahetuse algul ja 1,5 tundi hiljem.

Staatilise vastupidavuse mõõtmiseks hoiti 4 kg raskust koormust väljasirutatud käes (4, 6, 7, 12), kusjuures fikseeriti aeg, kui kaua uuritav koormust sellises asendis suutis hoida.

Väsimustunde mõõtmiseks rakendati meetodit, kus töötaja kahe pooluse

vahekauguse — üks poolus vastas puhunud olekule, teine suurele väsimusele — paberil jaotas vastavalt väsimustundele (8, 14). Mõõdeti nii väsimustunnet kätes, jalgades ja seljas kui ka üldist väsimust ning peavalu. Väsimustunnet ja staatilist vastupidavust uuriti ligikaudu 1/2 tundi pärast vahetuse algust ja 1/2 tundi enne vahetuse lõppu, mõnes vaatlusseerias ka kaks korda vahetuse ajal.

Esimesi 4...8 mõõtmise tulemusi ei arvestatud. Mõõtmistel uue liikumisrežiimi puhul püüti kõiki väliskeskkonnana tingimusi säilitada sellistena, nagu need olid vana režiimi ajal. Kokku tehti umbes 4000 mõõtmist, kusjuures arvu liisi andmeid võrreldi matemaatilise statistika meetodeil. Uurimise tulemused on kokku võetud tabelis.

Staatilisele koormusele vastupidavuse ja väsimustunde vähenemist ei saa uue töörežiimi puhul seletada töötempo aeglustumisega, sest siis peaks pidurdusprotsesside tugevnemise tõttu kesknärvisüsteemis suurenema väsimustunne ja vähenema staatiline vastupidavus. Ilmselt tuleb neid muutusi seletada vähema väsimisega vahetuse lõpul. Muutused pulsisageduses ja seemnete sorteerimise testi sooritamise ajas viitavad sissetöötamise paranemisele.

Pärast konveierite üleviimist tööle uue režiimi järgi sooritas 50% tööta-

Psühhofüsioloogiliste näitajate muutumine vahetuse jooksul

Näitaja	Vana töörežiim M±m	Uus töörežiim M±m	Vana ja uue töörežiimi erinevuse tõenäosus P
Staatilisele koormusele vastupidavuse langus öhtuse vahetuse jooksul (sek.)	18±2,1	8±0,9	<0,01
Pulsisageduse langus hommikuse ja öhtuse vahetuse algul (min.)	9±2,5	Märkimisväärselt muutust ei ole	Langus vana režiimi puhul <0,01
Seemnete sorteerimise testi sooritamise aeg hommikuse vahetuse keskel, võrreldes samaga vahetuse algul (%)	98±3,2	86±2,9	<0,01
Väsimustunne öhtuse vahetuse lõpul, võrreldes maksimaalse varem esinenuga (%)	20±1,9	14±1,1	<0,01

jaist tootmisplaanis ettenähtud operatsioonid keskmiselt 10, 15 ja 18 minutit varem kui enne, seega töövõljakus tõusis 2,2... 3,9%. Kolmandast töötunnist alates ennetas enamik töötajaist töögraafikut, kusjuures erinevus oli eriti suur vahetuse teise poole keskel. Toodangu kvaliteet oluliselt ei muutunud.

Küsitlemine näitas, et $\frac{2}{3}$ töötajate arvates toimus töö pärast uue režiimi sisseseadmist ladusamini, ülejäänuid enamik ei osanud hinnata, kas paremini või halvemini, 5 töötajat (ligikaudu $\frac{1}{15}$) aga avaldasid rahulolematust. Nad väitsid, et vahetuse keskel läks konveier nii kiiresti, et tööga ei jõudnud järele, et «töö saab liiga vara valmis ja siis peab ootama kuni koju lastakse» jne.

Seega uus töörežiim võimaldab vahetuse algul paremini töösse lülituda, vähendab väsimust vahetuse lõpuks ja mõjub hästi töövõljakusele. Ilmselt avaldab soodsat mõju konveierilindi kiiruse vähendamine vahetuse algul. Tunduvat osa muutustest võib seletada ka parema sissetöötamisega, mistõttu vahetuse lõpul konveierilindi kiiruse muutmise probleem vajab edaspidist uurimist.

KIRJANDUS: 1. Воробьева В. С. В сб.: Режим труда и отдыха при работе на конвейерных линиях. М., 1959. — 2. Золина З. М. и др. Физиол. ж. СССР, 1958, 44, 2, 89—96. — 3. Золина З. М. Физиологические основы рациональной организации труда на конвейере. М., 1967. — 4. Малинская Н. Н. О роли производственно-профессиональных факторов в

возникновении нервно-мышечных заболеваний рук у рабочих некоторых профессий на конвейере и потоке. Автореф. дисс. канд. мед. наук, М., 1957. — 5. Методика психофизиологических исследований в научной организации труда. М., 1968. — 6. Подоба Е. В. Применение динамометрической методики исследования для характеристики изменения работоспособности на производстве. М., 1960. — 7. Розенблат В. В. Проблема утомления. М., 1961. — 8. Вармак, J. E. J. Exptl. Psychology, 1939, 25, 1, 109—115. — 9. Graf, O. Arbeitsphysiologie, 1943, 12, 4, 332—347. — 10. Graf, O. Arbeitsphysiologie, 1943, 12, 4, 348—376. — 11. Graf, O. Nervöse Belastung bei industrieller Arbeit unter Zeitdruck. Köln u. Opladen, 1965. — 12. Levinger, E. Monatsschr. Psychiatr. und Neurol., 1925—1926, 60, 223—234. — 13. Rutenfranz, J. Internat. angew. Physiol., 1960, 18, 3, 264—279. — 14. Wendt, H. W. Psychol. und Praxis, 1956, 1, 129—246.

РЕЗЮМЕ. Изменение скорости конвейерной ленты в течение смены. Ю. Я. Кристюхан, Э. К. Краниг. Исследовали изменения скорости конвейерной ленты в течение смены. На основе теоретических соображений был выбран новый режим труда, где в начале и в конце смены соответственно в течение $\frac{1}{2}$ часа и 1 часа скорость ленты была снижена на 30% от скорости в остальное время. Средняя скорость ленты осталась равной скорости при старом режиме. Проведенные психофизиологические исследования показали, что новый режим труда, особенно снижение скорости ленты в начале смены, улучшает процесс вработывания, уменьшает утомление и повышает производительность труда.

*Eesti NSV Kergetööstuse Ministeeriumi
Konstrueerimisbüroo tööpsühholoogia
ja füsioloogia laboratoorium*

Ülevaated

ALKOHOOLSE NARKOMAANIA KLIINILISTEST KRITERIUMIDEST

HANS VÄRE
Jämejala

UDK 613.816+616.07

Seoses alkoholi rohke tarvitamisega sagenevad tervisehäired ning alkohoolikutega tuleb peale psühhiaatrite tegelda ka teiste erialade arstidel. Nagu näitavad meie haigla andmed, põeb 38,3% kroonilistest alkohoolikutest somaatilisi

haigusi (vt. tabel), mille tekkimisel alkoholism on sageli peamine tegur. Seepärast tuleks rohkem tähelepanu pöörata alkoholismile kui võimalikule etiopatogeneetilisele tegurile ning selgusele jõuda, kas somaatiline haigus on

Kaasuvad somaatilised haigused alkohoolikutel

Haigus	Somaatilised haigused	
	absoluutarv	%-des uuri- tute üldar- vust (1198)
Stenokardia	16	1,3
Müokardi düstroo- fia	31	2,6
Kardioskleroos	58	4,8
Gastriit	119	9,9
Maohaavandid	19	1,6
Kaksteistsörmik- soolehaavandid	27	2,2
Opereeritud mao haigus	43	3,6
Emfüseem ja kroo- niline bronhiit	34	2,8
Maksakahjustus	114	9,5
Kokku	461	38,3

alkoholismi tüsistus. Neil kordadel ei saa somaatilise haiguse ravi olla tõhus ilma alkoholismi ravita.

Kroonilise alkoholismi tuvastamisel on eksinud ka profülaktooriumi suunavad komisjonid. Näiteks saadeti joobes, raske liiklusõnnetuse põhjustanud kodanik profülaktooriumi, kuid aktis ei olnud märgat alkoholi kuritarvitamise kohta ega märgitud kroonilise alkoholismi kliinilisi tunnuseid. Seega mõnede somaatiliste haiguste ja kroonilise alkoholismi diagnoosimisel ei võeta arvesse sellele haigusele omaseid kliinilisi kriteeriume.

Kroonilise alkoholismi kliinilisi kriteeriume on püüdnud määratleda paljud autorid (2, 3, 8, 9, 12, 13, 15, 16). Mõned peavad kroonilisteks alkohoolikuteks ainult neid, kes joomisega tekitavad kahju endile ja perekonna liikmetele, s. t. nad rõhutavad selle haiguse sotsiaal-ökonomilist külge (8, 13). Teised autorid (9, 15) võtavad haiguse määrangu aluseks alkoholi tarvitamise viisi, S. Žislin (3) aga abstinentsi ehk pohmeluse sündroomi. Kolmandad (2, 16) mõistavad kroonilise alkoholismi all peamiselt somaatilisi haigusi, mille on esile kutsunud alkoholi kuritarvitamine. E. Karu (12) aga peab kroonilisele alkoholismile iseloomulikuks kroonilise alkoholimürgistuse tagajärjel sünenenud somaatiliste ja psüühiliste sümptomide kompleksi.

Ka Ülemaailmse Tervishoiu Organisatsiooni (ÜTO) ekspertide komisjon on andnud oma formuleeringu: «Alkohoo-

likuteks nimetatakse alkoholi kuritarvitajaid, kellel täheldatakse somaatilisi ja psüühilisi tervisehäireid, kellel on konflikte suhtlemises teiste inimestega või oma sotsiaalses ja ökonomilises tegevuses või neil on sellisuunalise arengu eeltunnuseid, mille tõttu nad vajavad ravi».

Kõik kroonilise alkoholismi formuleeringud peegeldavad ühe ja sama haiguse eri avaldusvorme. Seega võib öelda, et kroonilistel alkohoolikutel tekivad nii somaatilised kui ka psühhoneuroloogilised tervisehäired. See on alkoholismi meditsiiniline külg.

Sotsiaalselt avaldub haigus mitmetes nähtudes, nagu perekonna lagunemine, tööluusid, halb töö, sotsialistliku ühisele reeglite rikkumine. Need on ka peamised alkoholismivastase sundravi kohaldamise motiivid, kusjuures kliinilise kriteeriumina arvestatakse ainult alkoholi süstemaatilist kuritarvitamist. Peab aga märkima, et alkohoolikutel esinevad häired psüühilises, somaatilises või sotsiaalses sfääris võivad olla väga erinevad ning ei korreleeru alkoholismi staadiumiga.

Alkoholism kui haigus areneb alkoholi süstemaatilise kuritarvitamise tagajärjel, kusjuures tähtsad on nii sotsiaalsed kui ka bioloogilised tegurid. Mitte kõikidest alkoholi tarvitajatest ei saa kroonilised alkohoolikud ning ka alkoholism ei kujune välja ühesuguse ajavahemiku jooksul. Paljud autorid on uurinud alkoholismi kulu erinevusi, kuid põhjused on seni jäänud lõplikult selgitamata.

Lahkarvamused on tekkinud juba alkoholismi algstaadiumi hindamisel. Enamik autoreid peab alkoholismi alguseks ülemäärase koguse alkoholi joomist. Mõned aga peavad alkoholismi alguseks tolerantsuse suurenemist alkoholi suhtes ja enesekontrolli kadumist (10, 14), kusjuures K. Bonhoefferi (9) arvates on oluline ka nn. palimpsestide esinemine.

Kodumaises kirjanduses on kõige levinum alkoholismi süstemaatika, mille esitas A. Portnov (4), kes eristab kolme staadiumi: alg-, kesk- ja lõppstaadium. Selle autori järgi on algstaadiumi tunnused: muutunud reaktiivsus, mis avaldub oksendamise kui kaitserefleksi kadumises, suurenenud tolerantsuses ja enesekontrolli kadumises; aste-

niliste sümptomide kompleksi tekkinine koos alkoholivajadusega. Kesksstaadiumis esinevad A. Portnovi arvates kõik haiguse peamised tunnused: 1) tolerantsuse muutumine alkoholi suhtes, 2) enesekontrolli kadu joomisel, 3) üksinda joomine, 4) amnestilised, s. o. mälukaotusega jooberd, 5) abstinentsi sündroom, 6) kompulsivne alkoholivajadus, 7) degradatsioon, 8) alkohoolsed psühhoosid. Lõppstaadiumile on iseloomulik alkoholitolerantsuse vähenemine ning alkohoolse entsefalopaatia tekkinine.

Võib öelda, et kõigi nende tunnuste üheaegsel esinemisel on kroonilise alkoholismi diagnoosimine kerge, kui aga mõni sümptom puudub, on olukord keerukam. Amnestilised jooberd võivad tekkida ka olustikulise alkoholismi puhul samuti nagu alkohoolsed psühhoosidki. Et alkohoolsed psühhoosid ilmnevad üksnes umbes 10% -l kroonilistest alkohoolikutest, siis on ka selle tunnuse väärtus diagnoosimisel minimaalne. Seega ei saa kõiki A. Portnovi (4) kirjeldatud tunnuseid pidada alkoholismi arengule iseloomulikuks.

Erialakirjanduses on hulgaliselt teistsuguseid alkoholismi kulu jaotusi. Nii jaotavad E. Jellinek (11) ja J. Skala (16) selle nelja faasi: alg-, prodromaal-, kriitiline ja lõppfaas, kuna V. Banštšikov ja T. Korolenko (1) esitavad ainult kaks staadiumi: tserebroasteeniline ja entsefalopaatiline.

Kroonilise alkoholismi kujunemisel aga ei arene kirjeldatud sümptomid kindlas järjekorras ja seepärast on nende piiritlemine praktikas küllalt raske.

Uues rahvusvahelises haiguste klassifikatsioonis (8. väljaanne) on alkoholismi all järgmised seisundid: episoodiline alkoholi kuritarvitamine (303,0), pidev alkoholi kuritarvitamine (303,1) ning alkohoolne narkomaania (303,2). See klassifikatsioon hõlbustab tunduvalt alkoholismi arengustaadiumide kindlaksmääramist, sest siin arvestatakse ainuüksi alkoholi kuritarvitamise viisi. Uues klassifikatsioonis kroonilise alkoholismi mõistet ei olegi, see on asendatud «alkhoolse narkomaaniaga». Seetõttu kasutame edaspidi meiega seda terminit.

Kõige tüüpilisemaks ja peamiseks tuleks pidada I. Streltšuki (6) kirjeldatud alkohoolse narkomaania tunnuseid:

- 1) patoloogiline tung alkoholi järele,
- 2) alkohoolse abstinentsi sündroom ja
- 3) tolerantsuse muutus alkoholi suhtes.

Patoloogilise tungi asemel soovitab ÜTO ekspertide komisjon 1964. a. terminit «sõltuvus alkoholist». A. Portnov (4) toob selle nähtuse all koguni kolm sümptoomi: enesekontrolli kadumine, üleminek üksinda joomisele ning kompulsivne alkoholivajadus. Kuid ta ei arvesta, et siin on tegemist patoloogilise tungi eri astmetega.

E. Jellinek (11) ja I. Streltšuk (6) eristavad veel esmast ja teisest patoloogilist tungi alkoholi järele. Esmase tungi all mõistavad nad tungi tekkimist alkoholi joomiseta, kusjuures täieliku psüühilise rahulolu taustal tekivad kärsitus, düsfooria ja ületamatu alkoholivajadus. See on dipsomaania. Teatavasti tuleb tõelist dipsomaaniat ette harva ning seda on vaja diferentsida pseudodipsomaaniast, mida detailselt on kirjeldanud I. Streltšuk (7). Nende põhiline erinevus on see, et pseudodipsomaania joomasööstu provotseerib alati alkohol kas või väikestes annustes. Seega tekib alkoholivajadus sekundaarselt, mitte aga primaarselt, nagu tõelise dipsomaania juhtudel.

E. Jellinek (11) rõhutab, et nii kontrolli kadumine joomisel kui ka võimetus joomingut katkestada on mõlemad iseloomulikud tõelisele sõltuvusele. S. Žislin (3) ei käsitle sõltuvust alkoholismist eraldi, vaid seostab seda abstinentsi sündroomiga, kuigi mitmed autorid (5 jt.) märgivad, et sõltuvus võib areneda ka abstinentsi sündroomita. Alkoholist sõltuvuse astme hindamine on raske, sest alkohoolikutelt ei saa õigeid andmeid alkoholi kuritarvitamise kohta. Hinnata aitavad sotsiaalmajanduslikud seigad — raha laenamine, esemete müümine jms.

Alkohoolse abstinentsi sündroomi on detailselt kirjeldanud S. Žislin (3). ÜTO eksperdid on seda fikseerinud kui «reaktsioonid alkoholist eemalejäämisel.» Kõik tüüpilised abstinentsi sümptoomid — värisemine, meeoleolu muutumine, hirm, unehäired koos spetsiifiliste unenägudega — pärast alkoholi joomist kas kaovad või nõrgenevad.

Osad kroonilistest alkohoolikutest — meie andmeil 16,5% -l — ei ole aga abstinentsi sündroomi tunnuseid. Abstinentsi sündroom kinnitab küll alko-

hoolse narkomaania diagnoosi, kuid selle puudumine ei võimalda narkomaania veel eitada. Küll aga näitas meie kliiniliste andmete analüüs, et abstinentsi sündroomi eri variantide prognoos oli erinev. Halvem raviprognos oli neil alkohoolikuil, kellel abstinentsi perioodil olid ülekaalus unehäired, parem aga neil, kellel esiplaanil olid vegetatiivsed häired. Kõige halvemad olid nende krooniliste alkohoolikute ravi tulemused, kellel abstinentsinähud üldse puudusid.

Tolerantsuse muutumine. Organismi talitlushäirete aegamööda vähenemist pideval alkoholi joomisel täheldas juba E. Kraepelin (15). Siis talutakse alkoholi rohkem. Alkoholitolerantsus on eri isikutel erinev. Vähenenud tolerantsus *resp.* tolerantsuse vähenemine võib olla kas päritud või omandatud. Vähenemist põhjustavad alatoitus, aju traumad, neuroosid, üleväsimus jm.

Alkoholismi algstaadiumis aga tolerantsus alkoholi suhtes suureneb, mis on organismi üks adaptatsioonireaktsioone. Et see nähtus on ka olustikulise alkoholismi puhul, siis ei saa tolerantsuse suurenemist pidada veel alkoholismi kui narkomaania tunnuseks. Alkoholismi kindel tunnus on pärast tolerantsuse suurenemist ilmnev intolerantsus alkoholi suhtes. Intolerantsus aga on organismi kaitsemehhanismide puudulikkuse tunnus.

Teatakse ka nn. ristuvat tolerantsust. Seda nähtust tunnevad hästi kirurgid. Nimelt alkoholi ja ka uinutite kuritarvitajatel on tolerantsus suurenenud ka narkootiliste ainete suhtes, mistõttu neil narkoosi ei õnnestu esile kutsuda tavaliste annustega. Ristuvale tolerantsusele on iseloomulik ka nende ainete asendatavus abstinentsinähtude kupeerimisel. Nii võib alkohoolset abstinentsi sündroomi kupeerida barbituraatidega või barbituraatide kuritarvitamisest tekkinud abstinentsi sündroomi alkoholiga. Sellest lähtudes ei saa alkohoolikute unehäirete ja pohmeluse kõrvaldamiseks soovitatavaks pidada barbituraate, sest need võivad põhjustada joovet ning pideval kasutamisel võib välja kujuneda sõltuvus nende ainete suhtes.

Meie töö analüüs lubab alkohoolse narkomaania diagnoosimiseks lisada veel ühe kriteeriumi. Selleks on alkoholi tavalise füsioloogilise toime muutu-

mine vastupidiseks ehk paradoksaalseks. Kuigi selle nähtusega seoses olevald üksikuid sümptoome varem on kirjeldanud eri autorid, ei ole neid esitatud ühtse paradoksaalse reaktsioonina. Alkoholi toime paradoksaalsus avaldub alkohoolse narkomaania all kannatavatel haigetel selles, et alkohol ei kutsu esile söögiisu suurenemist, vaid põhjustab istutust. Muutub ka joobe laad: eufooria kaob ning kiiresti tekib raske joove tasakaaluhäirete ja eksplosiivsussega. Sügav uni asendub unehäirete ja painajalike unenägudega. Alkoholi toimele tekkiv seksuaalne erutus muutub impotentsuseks.

Alkohoolse narkomaania puhul muutuvad ka vegetatiivsed reaktsioonid paradoksaalseks, kuid neid ei ole eksperimentida võimalik hinnata. Igapäevases töös piisab alkohoolse narkomaania diagnoosimiseks eespool loetletud sümptomidest. Kui aga kirjeldatud kriteeriumid puuduvad, siis võib isikut pidada ainult alkoholi kuritarvitajaks.

KIRJANDUS: 1. Баншиков В. М., Короленко Ц. П. Алкоголизм и алкогольные психозы, М., 1968. — 2. Гукасян А. Г. Хронический алкоголизм и состояние внутренних органов, М., 1968. — 3. Жислин С. Г. Очерки клинической психиатрии, М., 1962. — 4. Портнов А. А. Алкоголизм, М., 1962. — 5. Пятницкая И. Н. В сб.: Вопросы психиатр. и невропат. В. XII, Сб. трудов Ленингр. общ. невроп. и психиатр. Л., 1966, 378—386. — 6. Стрельчук И. В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем, М., 1966. — 7. Стрельчук И. В. В сб.: Актуальные вопросы социальной психиатрии. Т. II, Душанбе, 1969, 85—89. — 8. Bleuler, E. Lehrbuch der Psychiatrie. 3. Aufl., Berlin, 1920. — 9. Bornhoeffer, K. Die alkoholischen Geistesstörungen, 1906. — 10. Bowman, K. M., Jellinek, E. M. In: Alcohol addiction and chronic alcoholism. Ed. Jellinek, E. M. New Haven, 1924. — 11. Jellinek, E. M. Quart. J. Studies Alcohol, 1946, 7, 1. — 12. Karu, E. Eesti Arst, 1935, 2, 81—106. — 13. Keller, M. Quart. J. Studies Alcohol, 1960, 21, 125. — 14. Keyserlingk, H. Der Alkoholismus als soziales Problem. Jena, 1959. — 15. Kraepelin, E. Psychiatrie. 8. Aufl., Leipzig, 1910. — 16. Skala, J. Organisation und Methodik des Kampfes gegen den Alkoholismus. Berlin, 1962.

РЕЗЮМЕ. О клинических критериев алкогольной наркомании. Х. Я. Вярё. Как показали наши исследования, у алкоголиков, кроме невропсихических нарушений, встречаются также соматические заболевания (38,3%), главным этиопатогенетическим фактором которых является алкоголизм. При некоторых соматических заболеваниях надо уточнить, являются ли они

или алкоголизм основным заболеванием, требующим лечения.

Для постановки диагноза алкогольной наркомании, кроме общеизвестных критериев (зависимость от алкоголя, алкогольный абстинентный синдром и изменение толерантности), предлагается еще парадоксальная реакция на алкоголь. При алкогольной наркомании реакция на алкоголь изменяется парадоксально: повышение аппетита заменяется анорексией; наступает изменение характера опьянения — быстро раз-

виваются признаки тяжелого опьянения без эуфорий, как расстройства равновесия, эксплозивность; наступающий после опьянения сон заменяется его расстройствами и кошмарами. Наличие вышеуказанных критериев позволяет диагностировать алкогольную наркоманию, в остальных случаях имеет место только бытовое злоупотребление алкоголем.

*Jämejala Vabariiklik Psühhoneuroloogia
Haigla*

Tervishoid. Töö teaduslik organiseerimine

MAAELANIKE MEDITSIINILISE ABI ORGANISEERIMINE

ENDEL KAMA
NIIN AJASTA
Tallinn

UDK 614-2(474.2)

NLKP Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu määruses 5. juulist 1968. a. «Tervishoiu edasise parandamise ja arstiteaduse arendamise abinõudest meie maal» on tähelepanu juhitud, et tervishoiuorganite tähtsam ülesanne on maa- ja linnaelanikele antava meditsiinilise abi ühtlustamine. NLKP 1970. a. juulipleenumi otsus annab tervishoiuorganitele uued kohustused ja nõuab nende kiiret täitmist.

Maaelanike meditsiinilist teenindamist on käsitlenud paljud tervishoiuorganisaatorid ja teadlased (A. Serenko, A. Safonov, G. Popov, I. Bogatõrjov, J. Loginova jt.). Minski 1969. a. üleliidulise ja mõned aastad tagasi peetud sotsialismimaade tervishoiuministrite nõupidamise alusel on sel alal välja töötatud üld- ja organisatsioonilised printsiibid. Nende elluviimisel aga tuleb arvestada kohalikke tingimusi ja võimalusi.

Meditsiiniline abi on muutunud veelgi kättesaadavamaks ja kvaliteedilt tunduvalt paremaks. Sellest annavad tunnistust haigete hospitaliseerimise ja arstide poole pöördumise andmed. Nii hospitaliseeriti 1960. aastal iga 1000 linnaelaniku kohta 193,6 inimest, iga 1000 maaelaniku kohta 177,7. 1969. aastal

olid vastavad arvud 187,6 ja 187,6. Hospitaliseeritud maaelanikest raviti 76% linnahaiglates, kaasa arvatud rajoonide keskhaiglad.

Samal ajavahemikul suurenes maaelanike külastuste arv rajooni keskhaiglatesse 76% ja maaajaoskonnahaiglatesse ning -ambulatoriumidesse 5,4%, üldse 61,1%. Maaelanike pöördumiste arv vabariiklikesse konsultatsioonikeskustesse polikliinikutesse aga vähenes 9,3% ja vabariiklikesse dispanseritesse 17,5%. 1960. aastal langes 62,7% maaelanike külastustest linnade ja rajoonide keskhaiglate ning rajoonihaiglate polikliinikute arvele, 1969. aastal juba 74,8%. Statsionaarse ja ambulatoorse arstiabi raskuspunkti nihkumine linnade ravi-asutustesse avaldas soodsat mõju selle kvaliteedile. Spetsialiseeritud abi vähese kättesaadavuse tõttu rajoonides suunati 1960. aastal haiged sageli vabariikliku haigla konsultatsioonikeskustesse polikliinikusse ja dispanseritesse mitte kui spetsialiseeritud meditsiinilise abi kõrgemasse, vaid kui esmasesse etappi. Seda võimaldasid nende aastate jooksul suurenenud eriarstide arv ja nende kvalifikatsiooni tõus.

Et arstiabi on muutunud kättesaadavamaks, pöörduakse järjest harvem

velskripunktidesse. 1969. aastal oli külastusi 10,3% vähem kui 1960. aastal. 1960. aastal oli velskrite iseseisev ambulatoorne vastuvõtt 50,5% arstide vastuvõtust, 1969. aastal 28%. See võimaldab velskritel üha rohkem tegelda profülaktikaga.

Samal ajal suurenes haiglavoodite arv 610 voodi võrra (rajoonihaiglates 595 voodit, jaoskonnahaiglates 15), s. o. 23%, mis oli 20% voodifondi suurenemisest vabariigis.

Materiaalne baas vajab reorganiseerimist ja laiendamist ning maa tervishoiuvõrgu struktuur organisatsioonilist täiustamist.

Lähematel aastatel ei ole rajoonide keskhaiglatele võimalik uusi hooneid ehitada, aga mõne laiendamine võib arvesse tulla kapitaalremondi summade arvel. Kõrvuti rajoonihaiglate laiendamisega on aktuaalne voodite parem kasutamine. Ehkki vabariigis on haiglavoodeid suhteliselt palju, on meil veel rohkesti väikesi haiglaid, mis tegelikult on muutunud hooldusasutusteks. Seal viibivad ravil kroonilisi haigusi põdevad isikud, kes tuleks paigutada Eesti NSV Sotsiaalkindlustuse Ministriumi hooldusasutustesse. Samal ajal on ühe voodipäeva maksumus 10- kuni 15-kohalistes jaoskonnahaiglates suu-rem kui spetsialiseeritud suurtes ravi-
asutustes. Näiteks maksis 1969. aastal Harju rajooni 10 voodikohaga Kuusalu jaoskonnahaiglas üks voodipäev 9 rbl. 34 kop., Tallinna Vabariiklikus Haiglas 8 rbl. ja 11 kop. Sealjuures on väikestes haiglates ka töökoormus väike. Nii oli 1969. aastal jaoskonnahaiglas 340 voodipäeva asemel kasutatud üksnes 298,9. Peale selle kulutatakse igal aastal suuri summasid remondiks ja sellest tingituna jääb rohkesti voodipäevi kasutamata. 1969. a. kulutati maahaiglate kapitaalremondiks 205 000 rbl. ja selle tõttu jäi kasutamata 166 400 voodipäeva, mis on samaväärne sellega, et aasta jooksul ei töötanud 550 voodikohaga haigla. Samal aastal oli linnahaiglates, kaasa arvatud rajoonihaiglad, kapitaalremondi tõttu kasutamata 111 600 voodipäeva, s. o. seisis tühjana 350 voodikohaga haigla. Kaugemas tulevikus saavad maal stationaarse abi keskuseks rajoonide kes-
khaiglad, kuid lähemas tulevikus on nende kõrval vaja tugevdada teisi rajoo-

nis asuvaid haiglaid ning suuremaid jaoskonnahaiglaid. Kuni 20 voodikohaga jaoskonnahaiglad tuleb paari aasta jooksul reorganiseerida maa-ambulatoriumideks. Nii on juba tehtud Kingissepa rajoonis. Suuremaid jaoskonnahaiglaid on tarvis profileerida, nagu see on Tartu rajooni Võnnu jaoskonnahaiglas, või need muuta järeldraviosakondadeks. Nii-
sugune ümberkorraldus on tehtud Harju rajooni 15 voodikohaga Lagedi haiglas.

Et vabariigi maa-arstijaoskonnad on ebaühtlase suurusega, 1000... 6000 elanikku, siis on ebaühtlane ka arstide koormus ja arstiabi kättesaadavus. Optimaalseks tuleb tänapäeval pidada 3000... 3500 elanikuga maa-arstijaoskonda. See võimaldab jaoskonnale anda 2... 2,5 arsti ja ühe stomatoloogi ameti-
koha ning tööle võtta terapeut, pediat-
ter ning stomatoloog. Viimane võib kuuluda ka rajooni keskhaigla tsentraliseeritud brigaadi. Nii oleks maal korraldatud ka pediatriline teenindamine. Kui jaoskonnas töötab kaks arsti, siis saab paremini planeerida puhkusi jne. Reorganiseerimine on võimalik 1971. kuni 1975. aasta jooksul, kusjuures tuleb arvestada selliseid tingimusi nagu elanikkonna tihedus, asustatus, liikle-
misvõimalused jne. Kõrvuti maa-arsti-
jaoskondade reorganiseerimisega näib olevat perspektiivne, et täiendavalt rajataks veel uusi kinnistatud maa-arsti-
jaoskondi. Selle kõige tulemusena kiire-
neb haiguste diagnoosimine, uurimine ja ravi muutuvad kompleksseks ning sää-
setakse haigete aega, sest nad pöörduvad otse rajooni keskhaigla või rajoonihaigla polikliinikusse.

Lähema kahe aasta jooksul on igas maa-arstijaoskonnas ja ambulatooriumis tarvis avada kliinilised laboraatooriumid ning füsioterapiakabinetid, eelnevalt tuleb hoolt kanda kaadri komplekteerimise ja väljaõppe eest. Ei ole õige saata haiged rajoonikeskusesse ainult selleks, et teha vere või uriini analüüs, sondeerida magu või kaksteist-
sõrmiksoolt, teha füsioterapeutilisi protseduure. Keskhaigla laboratooriumis tehtavateks muudeks analüüsideks oleks sinna otstarbekas saata haigelt ambu-
latooriumis või jaoskonnahaiglas võetud proovid. Füsioterapeutilisi protseduure peaks tehtama ka igas velskripunktis. Külastajate arvu vähenemine-

loob selleks eeldused ja nii kujunevad velskripunktid profülaktilise töö ja ravi protseduuride tegemise kohaks.

Paljudes rajoonides ei ole spetsialiseeritud polikliiniline abi veel kättesaadav. Igas rajoonis, välja arvatud Hiiumaa, peaks olema vähemalt kaks neuroloogi, otoloogi ja oftalmoloogi ametikohta. See on vajalik, et oleksid tagatud spetsialiseeritud abi, arstlike komisjonide töö ja profülaktilised läbivaatused. Et see nii oleks, tuleks kooskõlastatult rajoonidega lähemate aastate jooksul koostada spetsialistide ettevalmistamise plaan. Spetsialiseeritud arstiabi tuleb võimaldada kõikidele elanikele eeskätt põhierialadel, alles seejärel võib organiseerida vastuvõtte kitsamal erialal (gastroenteroloogia jne.). On tarvis kaaluda alakoormusega töötavate, dispetšeri ülesandeid täitvate arstide (onkoloogide jm.) ametikohtade arvu vähendamist ja spetsialiseeritud dispanserite koosseisude suurendamist. Arvestades psüühiliselt haigete arvu, tuleb mõelda ka psühhiaatrite ametikohtade andmisele üldmahu arvelt suurematele rajoonidele.

Vajadusi ei rahulda täielikult ka kiir- ja vältimatu abi. Kiirabi töötab rajoonides halvemini kui linnades. Et sellest puudusest üle saada, on vaja suurendada ametikohtade arvu ja moodustada rajoonikeskustes spetsialiseeritud arstide-brigaadid. Rajoonikeskustes tuleks õhtutundidel, laupäeval ja pühapäeval sisse seada vältimatu abi teenistus, kusjuures kutseid võtaks vastu 03. Vältimatu abi teenistuses rakendada polikliiniku arste (ca 12 tundi iga arsti kohta kuus) ja vabastada nad haigla-valvetest. Et ravi oleks pidev, peab kiirabi jaoskonnaarstidele õigel ajal (järgmisel hommikul) teatama kodusele ravile jäetud haigetest. Eriti vajalik on see rajoonides, kus kiirabis töötavad velskrid.

Maajaoskonnaarstide töö sõltub liiklusvõimalustest. Kahe aasta jooksul on suurenenud tervishoiuasutustele antud autode arv, kuid neid ei ole ära kasutatud maa-arstijaoskondade töö kergen-

damiseks. On tõenäoline, et tulevikus on sanitaarauto igas maa-arstijaoskonnas. Praegu aga peab rajooni keskhaigla üks kuni kaks korda nädalas või veelgi sagedamini andma sanitaarauto neile jaoskondadele, kellel seda ei ole. Velskritele ja patronaaziõdedele on profülaktiliseks tööks auto otstarbekas anda laupäeviti.

Nendest raskustest lähemas tulevikus ülesaamine peaks meil jõukohane olema. See sõltub peamiselt rajoonide tervishoiuorganisatsioonide järjekindlusest ja operatiivsusest. Meie arvates aitaksid käesolevas kirjutises käsitletud organisatsioonilised abinõud maaelanikele antavat meditsiinilist abi oluliselt paremaks muuta.

РЕЗЮМЕ. Организация медицинской помощи сельскому населению. Э. К. Кама, Н. Р. Аяста. В целях дальнейшего улучшения медицинской помощи населению и целесообразного использования имеющихся средств и возможностей необходима реорганизация и расширение материальной базы, а также реорганизация и усовершенствование структуры сельской сети здравоохранения. Наряду с районными центральными больницами нужно укрепить районные, а также большие перспективные участковые больницы. В ближайшие 2 года необходимо реорганизовать участковые больницы с количеством коек до 20 в сельские амбулатории, пересмотреть величину врачебных участков. Оптимальным следует считать участок с населением 3000—3500 человек. На таких участках могут работать 2 врача: терапевт и педиатр. Таким образом будет решен вопрос о педиатрическом обслуживании сельского населения. На каждом врачебном участке и в амбулатории следует открыть клиническую лабораторию и физиотерапевтический кабинет. В целях обеспечения сельского населения доступной специализированной помощью в районах необходимо увеличить штаты неврологов, офтальмологов и отологов не менее чем до 2. Учитывая высокую заболеваемость в районах, предусмотреть должность психиатра.

Нужно увеличить штаты работников скорой медицинской помощи. В центрах районов создать врачебные бригады, на которые возложить функции специализированной бригады. В районных центрах необходима реорганизация неотложной помощи. Следует более целесообразно использовать имеющийся транспорт и обеспечить им сельские врачебные участки.

Eesti NSV Tervishoiu Ministerium

SANITAAR- JA EPIDEMIOLOOGIATEENISTUSE ARST NING TEMA KVALIFIKATSIOON

(ankeetküsitluse andmed)

OKU TAMM
HARRI JÄNES
Tallinn

UDK [614.23 : 331.86](474.2)(079.5)

1970. aasta kevadel korraldati Eesti NSV sanitaararstide, epidemioloogide, laboratooriumides ja sanitaarhariduse alal töötavate arstide hulgas anonüümne ankeetküsitlus, mille abil muu hulgas püüti teada saada arstide arvamust oma erialase kvalifikatsiooni ja selle tõstmise võimaluste kohta.

Küsitluslehe täitsid 143 arsti. Üldandmed soo, töökoha, erialase tööstaaži ja kategooria kohta on tabelis 1.

Ilmneb, et sanitaaria ja epidemioloogia alal on feminiseerumise tendents nagu muudelgi meditsiini erialadel — 79,7% arstidest on naised. Allakriipsutamist väärrib, et kaader koosneb kogunud spetsialistidest — 67,1%-l on erialane tööstaaž viis või enam aastat, 10,5%-l koguni üle 25 aasta. Noored, kelle erialane tööstaaž on alla viie aasta, töötavad peamiselt sanitaararstidena või epidemioloogidena. Tähelepanu äratav see, et ainult 28 töötajale, s. o. 19,5% ankeedile vastajatest, on antud kate-

goria, sealhulgas kolmele kõrgem kategooria. Need arvud võiksid ilmselt suuremad olla, sest häid spetsialiste on nii sanitaararstide, epidemioloogide kui ka laboratooriumis töötavate arstide hulgas.

Ankeetküsitlusega püüti kindlaks teha, kas kõrgemas õppeasutuses omandatud eriharidusega saab küllaldaselt tööks vajalikke teadmisi. Teatava pildi olukorrast annab tabel 2.

Torkab silma, et kitsaprofiililise ettevalmistuse on saanud vähem kui pooled arstidest — 59, s. o. 41,2%. Küllalt suur on arstiteaduskonna raviosakonna lõpetanute arv, nimelt 50,3%. See on mõistetav, sest eesti arstide peamises sepikojas — Tartu Riiklikus Ülikoolis — ei ole teaduskonda ega osakonda sanitaararstide väljaõpetamiseks. Muudes õppeasutustes või osakondades on õppinud tunduvalt vähem sanitaar- ja epidemioloogiategenistuse arste, ainult 8,4%.

Tabel 1

Andmed küsitletute kohta

Eriala	Küsitletute üldarv	Sugu		Töökoht				Eriala tööstaaž aastates				Kategooria	
		mees	naine	Vabariiklik SEJ*	linna SEJ	rajooni SEJ	muud asutused	kuni 5	5...10	10...25	üle 25	kõrgem	esimene
Sanitaararst	54	8	46	7	24	13	10	20	16	15	3	1	11
Epidemioloog	49	10	39	8	17	11	13	20	4	18	7	1	9
Arst-laborant	36	10	26	7	17	12	—	5	6	20	5	—	5
Sanitaarhariduse alal töötav arst	4	1	3	—	—	—	4	2	1	1	—	1	—
Kokku	143	29	114	22	58	36	27	47	27	54	15	3	25

* s. o. sanitaar- ja epidemioloogiajaam

Sanitaar- ja epidemioloogiateenistuse arstide hinnang kõrgemas õppeasutuses saadud ettevalmistusele (vastuste arv)

Õppeasutus	Küsit- letute üldarv	Kas saadud teadmised rahuldavad		Jääb puudu		
		jaa	ei	teoreeti- listest tead- mistest	praktilis- test koge- mustest	töö orga- niseerimise oskusest
Arstiteaduskonna ravi- osakond	72	39	33	15	23	17
Sanitaar-hügieeniinsti- tuut või -osakond	59	42	17	3	15	5
Muu õppeasutus või osa- kond	12	7	5	2	3	2
Kokku	143	88	55	20	41	24

Tabelist 2 selgub, et 55 arsti, s.o. 38,4% küsitletuist, ei ole rahul kõrgemas õppeasutuses omandatud teadmisega. See teeb muret. Rahulolematuid on raviosakonna lõpetanute hulgas tunduvalt rohkem (45,8%) kui sanitaar-hügieeniinstituudis või sanitaar-hügieeniosakonnas õppinute hulgas (28,8%).

Vastuste üksikasjalikum analüüs näitab, et kõrgemas koolis omandatud teadmiste ja praktiliste kogemuste kohta esitasid pretensioone 37,0% sanitaararstidest, 34,6% epidemioloogidest ja 27,7% laboratooriumis töötavatest arstidest. Ankeedile vastajad väitsid, et pärast kõrgema õppeasutuse lõpetamist jääb vajaka eeskätt praktilistest kogemustest ja töö organiseerimise oskusest, paljudel raviosakonna lõpetanutel ka hügieeni- ja epidemioloogiaalastest põhjalikumatest teadmistest.

Seega ankeetküsitluse andmed kinnitavad veel kord, et sanitaararst peab saama spetsiaalse ettevalmistuse. Raviosakonna õppeprogrammide järgi on võimalik koolitada ja kasvatada praktiseerivaid üldprofiiliga arste, keda internatuuri kaudu spetsialiseeritakse peamiselt kliinilistel erialadel. Sanitaararstide ettevalmistamisel on vabariigi abi saanud küll Leningradi Sanitaar-hügieeniliselt Meditsiiniinstituudilt, kuid seda tuleb pidada hädaabinõuks. Ülesanne vajab lahendamist, sest tänapäeval on hügieenil küllalt tähtis koht meditsiinis ja kogu ühiskonnas.

Iga eriteadlane peab teadmisi järjekindlalt täiendama. Kvalifikatsiooni tõstmise teid on mitmeid. Nende hulgas üks olulisemaid on täienduskursused.

11,1% küsitletuist ei olnud täienduskursustel käinud. See on seletatav lühikesee tööstaažiga. Paneb aga mõtlema, et täienduskursustega ei ole rahul 34,6% ankeedile vastanuist. Et rahulolematuid on proportsionaalselt rohkem sanitaar-hügieeniinstituudi lõpetanute hulgas, siis tuleb paratamatult järeldada, et kursused ei vasta alati nõuetele.

Olukorra parandamiseks tegid 30,7% küsitletuist ettepaneku korraldada rohkem kitsateemalisi täienduskursusi. Tunduvalt vähem vajalikuks peeti senisest sagedamat suunamist õppe otstarbel tööle teistesse asutustesse (16,0% küsitletuist) või mittestatsionaarsete kursuste korraldamist (13,2% küsitletuist). Nendest ettepanekutest tuleb vabariigi tervishoiuorganisaatoritel teha omad järeldused, sest täienduskursustel on mõte üksnes siis, kui need iga osavõtjat tööpoolest rikastavad uute teadmiste ja praktiliste kogemustega. Vastasel korral on need ainult raha ja aja raiskamine.

Kvalifikatsiooni saab tõsta ka kutsetöö käigus. Juhendaja ülesandeid peaksid sel juhul täitma sanitaar- ja epidemioloogijaamade ning muude asutuste osakonnajuhatajad. Üldiselt nii see ongi — 77,6% küsitletuist teatas, et nad on rahul osakonnajuhataja tegevusega erialasel täiendamisel. Suuremat rahulolematust võis konstateerida laboratooriumides ja sanitaarhariduse alal töötavate arstide hulgas, sest rohkem kui pooled ankeedile vastajaist kinnitasid, et nad ei ole oma osakonnajuhatajaga rahul. Põhjuseks, miks osakonnajuhataja vajalikul määral ei tegele või ei saa tegelda alluvate kvalifikatsiooni tõstmisega, märgiti eelkõige süsteemi puudumist

Sanitaar- ja epidemioloogiateenistuse arstide arvamused enesetäiendamise võimaluste kasutamisest (vastuste arv)

Eriala	Küsit- letute üldarv	Kas olete kasutanud kõiki võimalusi		Erialast täiendamist takistav tegur			
		jaa	ei	kodused toime- tused	väsimus pärast tööd	muud huvi- alad	huvi puudu- mine
Sanitaararst	54	25	29	13	15	2	2
Epidemioloog	49	23	26	18	14	10	1
Arst-laborant	36	23	13	9	5	3	—
Sanitaarhariduse alal töötav arst	4	—	4	3	3	1	—
Kokku	143	71	72	43	37	16	3

Tabel 4

Sanitaar- ja epidemioloogiateenistuse arstide hinnang oma ja kesk-eriharidusega personali kvalifikatsiooni kohta (vastuste arv)

Eriala	Arsti kvalifikatsioon			Kesk-eriharidusega personali kvalifikatsioon		
	hea	rahuldav	puudulik	hea	rahuldav	puudulik
Sanitaararst	6	45	3	6	42	6
Epidemioloog	8	37	4	19	29	1
Arst-laborant	9	26	1	10	24	2
Sanitaarhariduse alal töötav arst	—	4	—	—	4	—
Kokku	23	112	8	35	99	9

juhataja töös (21 vastajat), juhataja puudulikke erialaseid teadmisi (6 vastajat) ja väheseid pedagoogilisi kogemusi (5 vastajat).

Et üks teadmiste varamu on erialakirjandus, siis taotleti küsitluslehe varal selgitada, kui palju seda loetakse. Ilmnes, et loetakse, kuid 15 vastajat (10,5%) teatasid, et nad ei loe meditsiiniajakirju ega -ajalehti, ja kaks märkisid, et nad ei loe erialaseid raamatuid. Need on muidugi erandjuhud. Üldpilt on siiski rahuldav: 60,9% küsitluslehe täitjatest loeb meditsiiniajakirju ja -ajalehti regulaarselt, ülejäänud mitte-regulaarselt. Silma torkab, et rohkem eelistatakse erialaseid ajakirju — 84,6% küsitluslehele vastajaist. 61,5% loeb «Meditsinskaja gazetát» ja 30,7% «Nõukogude Eesti Tervishoidu». Viimase tagasihoidlik levik sanitaar- ja epidemioloogiateenistuse arstide hulgas on osalt tingitud sellest, et «Nõukogude Eesti Tervishoid» ilmub eesti keeles.

Küsitlus näitas, et 25,0% arstidest loeb aastas keskmiselt 1...2, 28,6% — 3...4, 18,8% — 5...6, 7,6% — 7...8,

4,8% — 9...10 ja 13,8% koguni üle 10 erialase raamatu. Need on arvud, mis kõnelevad sanitaararstide, epidemioloogide jt. huvist vastsete seisukohtade, uute uurimismeetodite ja mujal tehtud tööde vastu.

Kvalifikatsiooni tõstmisele aitab kahtlemata kaasa ka teaduslik töö, mis nii mõneski sanitaar- ja epidemioloogiajaamas on võrdlemisi elav. Ankeetküsitlusest selgus, et sellele kulutavad aega suuremal või vähemal määral 57,3% arstidest. See on igati tervitatav, sest sanitaar- ja epidemioloogiaasutustesse koguneb aja jooksul küllalt palju andmeid, mis vajavad üldistamist ja teistele arstidele tutvustamist. Teadusliku tegevuse pingereas on esimesel kohal laboratooriumides töötavad arstid, teisel epidemioloogid ja kolmandal sanitaararstid. Esimestel on uurimistööks ilmselt rohkem võimalusi.

Vastuste analüüsi tulemused viitavad sellele, et sanitaar- ja epidemioloogiateenistuse arstid ei ole veel ammendavalt kasutanud kõiki kvalifikatsiooni tõstmise võimalusi. Nagu selgub tabe-

list 3, tunnistavad seda ka arstid ise: 50,3% teatas, et nad ei ole veel teinud kõike selleks. Samast tabelist nähtub ka sanitaar- ja epidemioloogiateenistuse feminiseerumise seos enesetäiendamisega — peamised segavad tegurid on kodused toimetused.

Eespool toodud andmeil pakub suurt huvi, milline on sanitaararstide, epidemioloogide, laboratooriumides ja sanitaarhariduse alal töötavate arstide arvamus omaenda kvalifikatsioonist. Vastused on tabelis 4, kus võrdluseks esitatakse ka arstide arvamus nende vahetu abilise, keskeriharidusega personali kvalifikatsiooni kohta.

Tabelist 4 võib järeldada, et arstid mõõdavad oma teadmisi ja oskusi üsnarange mõõdupuuga. Ainult 16,1% vastatajaist arvab, et ta kvalifikatsioon on hea, enamik, s.o. 78,3%, peab seda rahuldavaks ja 5,6% koguni puudulikuks. Sanitaarvelskrite ja laborantide teadmisi hinnatakse nähtavasti objektiivsemalt. Tabelist 4 selgub ka tõsiasi, et hea kvalifikatsiooniga keskeriharidusega personali näib olevat veidi rohkem kui hea kvalifikatsiooniga arste. Võib-olla avaldub niisuguses hinnangus arstide kriitiline suhtumine endisse, aga võib-olla on tegelik olukord tõepoolest selline.

Anonüümne ankeetküsitlus õigustas end. Vastuste analüüs aitas kindlaks teha nii mõnegi puuduse sanitaararstide, epidemioloogide, laboratooriumides ja sanitaarhariduse alal töötavate arstide ettevalmistuses ja kvalifikatsiooni tõstmises ning võimaldab neid puudusi teadlikumalt kõrvaldada.

РЕЗЮМЕ. Врач санитарно-эпидемиологической службы и его квалификация (данные анкетного опроса). О. М. Тамм, Х. Я. Янес. Весной 1970 г. среди врачей санитарно-эпидемиологической службы Эстонской ССР была распространена анонимная анкета, целью которой являлось выяснить мнение этой категории медицинских работников о своей квалификации и о возможностях ее повышения. На вопросы анкеты ответили 143 врача, среди них 79,7% женщин.

Анализ анкет показал, что врачи санитарно-эпидемиологической службы являются опытными специалистами — 67,1% имеют стаж работы 5 или более лет. В санитарно-гигиеническом институте или на факультете получили подготовку 41,2%, на лечебном факультете 50,3% и в других учебных заведениях или на факультетах 8,5% врачей. 38,4% опрошенных сообщили, что они не довольны полученными в высшем учебном заведении знаниями: не хватает практического опыта, недостаточны знания об основах организации труда, многие, окончившие лечебный факультет, указывали и на нехватку теоретических знаний по специальности.

34,6% опрошенных отметили в анкете, что их не удовлетворяют курсы по повышению квалификации. Считается целесообразным организовать больше курсов по узким специальностям. 77,6% опрошенных работа заведующими отделениями по повышению квалификации удовлетворяет, 22,4% не удовлетворены. Анкетный опрос выяснил, что 60,9% врачей читают регулярно медицинские журналы и газеты, а также книги по специальности. Научно-исследовательской работой занимаются 57,3%.

50,4% опрошенных заявили, что ими использованы далеко не все возможности повышения квалификации по специальности, так как этому мешают домашнее хозяйство и усталость после работы. Сами опрошенные оценивали свою квалификацию следующим образом: 16,0% считают свою квалификацию хорошей, 78,4% — удовлетворительной, а 5,6% — неудовлетворительной.

*Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium
Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini
Instituut*

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

SÜGELISTE DIAGNOOSIMISE JA RAVI ISEÄRASUSI

ELLE ELBERG LEHTE KUKK
HELLE NURMAND

Tartu

UDK 616.995.428-07-08

Kui varem sügelisi käsitleti haigusena, mille levik esmajoones sõltub elanike sotsiaal-elukondlikest tingimustest ja sanitaarkultuurist, siis praegu põevad sügelisi ka inimesed, kes elavad suhte-

liselt heades sanitaar-hügieenilistes oludes.

Enamik autoreid, kes on analüüsinud sügeliste leviku põhjusi, on seisukohal, et üks olulisemaid tegureid on sügeliste

kliiniliste nähtude iseärasused. N. Sme-
lov jt. (7) kirjeldavad kliiniliste nähtude
vähesust, löövete ja sügeliskäikude puu-
dumist tüüpilistel kohtadel ning mõnel
juhul sügelemise kui ühe peamise sümpt-
toomi puudumist.

Tartu Linna Naha- ja Suguhaiguste
Dispanseris ravitud sügelisi põdevatest
haigetest oli ühel kolmandikul atüüpi-
line nahalööve. Eriti äratas tähelepanu
lööbe puudumine kätel. Seda seletavad
V. Rahmanov jt. (6) käte sagedase pese-
misega ning desinfitseerivate keemiliste
ainetega kokkupuutumisega tööl. Teis-
test kliinilistest iseärasustest täheldati
lööbe morfoloogiliste elementide ja
sügeliskäikude vähesust või puudumist,
abortiivseid haigusvorme ja mõnel hai-
gel sügelemise puudumist. Sügelisi
diagnoositi ka koos teiste parasitaarsete
nahahaiguste ja veneeriliste haigustega.

Raskem oli sügeliste kindlakstege-
mine lastel. Täiskasvanutega võrreldes
ilmnes haiguse kliinilises pildis märki-
misvääraseid erinevusi. Lööve oli üle
kogu keha, ka peopesadel, jalataldadel,
näol ning seljal. Mõnel, eriti eksu-
datiivse diateesiga haigel, oli villiline
lööve asendunud kublalise. Sügelis-
käigud olid lastel tunduvalt paremini
nähtavad kui täiskasvanutel. Suhteliselt
sagedamini oli haigus komplitseerunud
püodermiidiga. On saagenud ka juhud,
kus sügelishaige nahal isegi pärast
ravi on leitud persisteerivaid paapuleid
(vt. tahvel XIX, foto). Sügeliste diag-
noosimisel oleme lähtunud järgmistest
haiguse tunnustest: tugev sügelemine,
eriti öhtuti, perekonna või mõne muu
kollektiivi mitme liikme ühel ajal hai-
gestumine, lööbe morfoloogiliste ele-
mentide paarikaupa paigutus ja süm-
meetriline asetus. Samuti oleme arves-
tanud juba eespool mainitud iseära-
suste võimalust.

Diagnoosi kinnitamiseks pintselda-
sime nahka pärast haiguskollete luubiga
vaatlust 2...5%-lise joodilahuse või
siis fluorokroomidega, millele järgnes
luminescentsmakroanalüüs. Kaheküm-
nest fluorokroomist osutus parimaks
fluorestseinnatriumi vesilahus vahe-
korras 1:10 000, mis ultraviolettkiirgu-
ses andis sügeliskäikude kohal inten-
siivsema kollaka fluorestsentsi. Kollaka
fluorestsentsi andis seal veel fluorest-
seiini vesilahus vahekorras 1:10 000.

Sügeliskäikude kohalt võetud mar-
rasknaha mikroskoopiline uurimine näi-
tas, et preparaadis sügelislesta alati ei
leita. Suhteliselt sagedamini oli võima-
lik kindlaks teha parasiidi mune, vast-
seid, ekskrementide ning sügelislesta üksi-
kuid fragmente.

W. Bossong (9) on suuremaid paapu-
leid välja löiganud histoloogiliseks uuri-
miseks ja leidnud akantoosi ning sub-
korneaalselt eri laiusega sügeliskäigu
õone, mis kohati oli täidetud väljaheite
pallide, rakurusude ja fibrinoosse eksu-
daadiga. Tugeval suurendusel aga tuli
ilmsiks mõningaid lesta morfoloogilisi
elemente. Põletikuline reaktsioon ilm-
nes sidekoe ülemises kahes kolman-
dikus.

Sügelishaigetelt histoloogiliseks uuri-
miseks võetud koepreparaadis, mis oli
värvitud van Giesoni järgi, oli sarvkiht
mõõdukalt paksenenud (vt. tahvel
XIX, mikrofoto). Ühes akantoosikoldes
oli nähtav sarvkihiga kaetud õonesruum
(subkorneaalne sügeliskäik). Seal lei-
dus punakat fibrinooset eksudaati üksi-
kute sügelislesta konkrementidega.
Õonesruumi ümbruse marrasknahas oli
spongioos. Sügeliskäigualuses sidekoes
tähtselt perivaskulaarselt lümfohistio-
tsütaarset infiltrati.

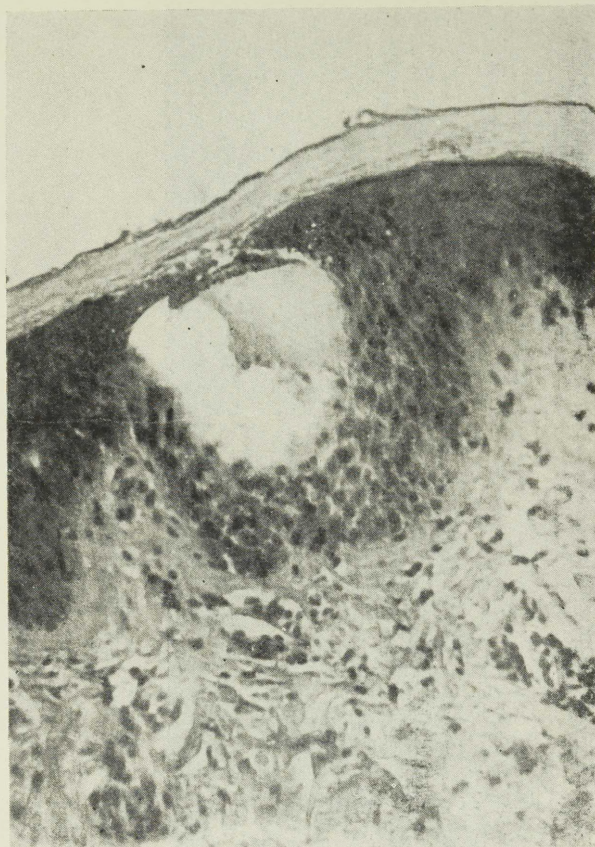
Sügelishaigete ravimisel oleme sõltu-
valt patsiendi vanusest ja soost kasuta-
nud peamiselt 10...30%-list väävli-
salvi koos 10%-lise kalium carbonicum'i
lisandiga, 10...20%-list bensüülben-
soadi emulsiooni või siis oleme ravinud
Demjanovitši järgi.

Eduka ravi väga oluliseks momendiks
on osutunud kõigi kontaktsete korduv
arstlik järelevaatus. Vaieldav on nende
profülaktiline ravi, kes sügelishaigega
on kokku puutunud. M. Demjanovitš ja
V. Dobronravov (1), M. Želtakov (2),
A. Kartamõšev (3), L. Maškilleison (4)
jt. soovivad kõik kontaktset läbi vaa-
data ja nende hulgast leitud haigeid
ravima hakata. A. Štein (8), P. Popchris-
tov (5) jt. soovivad samal ajal haige
raviga profülaktiliselt kohe ravida ka
isikuid, kes haigega on lähemalt kokku
puutunud, näiteks perekonnaliikmed,
sõltumata sellest, kas nende kehal lööve
oli või mitte.

Profülaktilise ravi tähtsust sügeliste-
vastases võitluses kinnitavad P. Par-
maksoni (10) andmed Tartu kohta pärast



Foto. Persisteerivad paapulid sügelishaige lapse seljal.

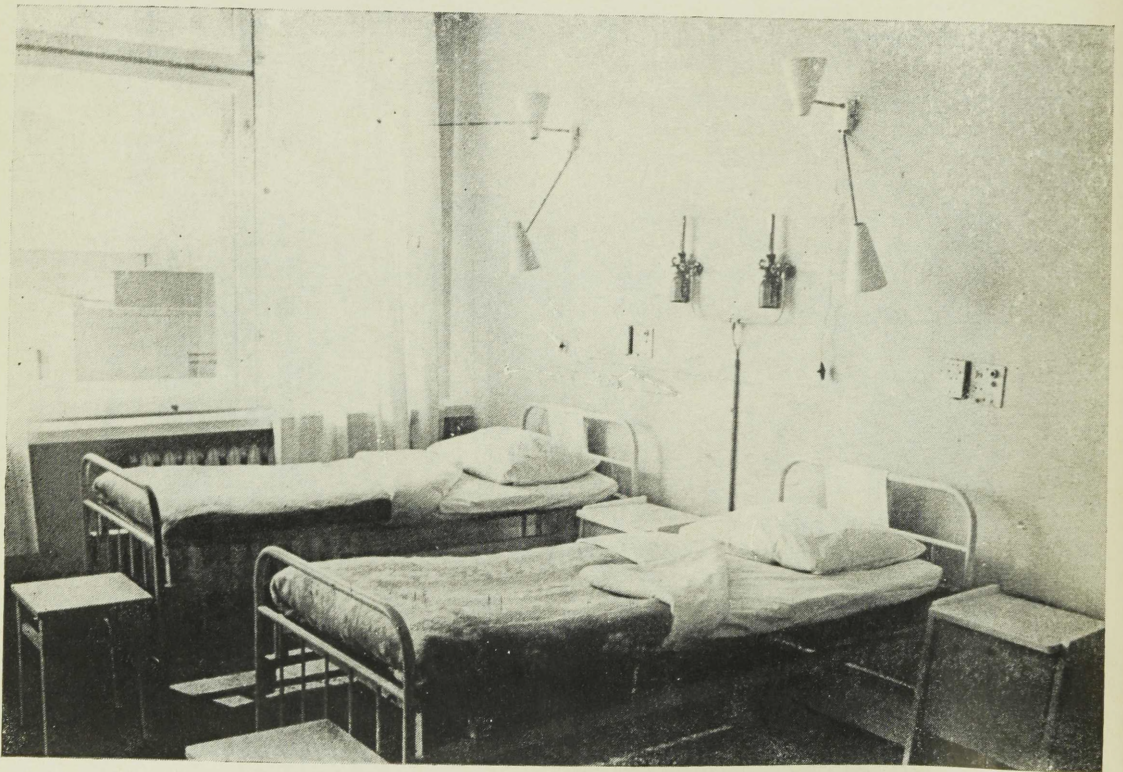


Mikrofoto. Sügeliskolde histoloogiline läbilõige. Värvitud van Giesoni järgi. Suurendus 200×.



Tallinna Pelgulinna Haigla Sünnitusmaja.

Fotod V. Vabi



Vaade uue sünnitusmaja palatisse. Uudse konstruktsiooniga valgustid võimaldavad hea kohtvalgustuse voodi juures, lakke suunatud reflektorite abil aga meeldiva üldvalgustuse.

sõda, mil profülaktika eesmärgil raviti Demjanovitsi kiirmeetodil. Profülaktiliselt oleme uuesti ravima hakanud neid isikuid, kes võivad olla parasiidikandjad (väga lähedane kontakt), ning isikuid, kelle sanitaaralased teadmised on napid.

KIRJANDUS: 1. Демьянович М. П., Добронравов В. Н. В кн.: Многолетнее руководство по дермато-венерологии. Л., 1961, т. 2, 430—440. — 2. Желтаков М. М. В кн.: Кожные и венерические болезни. М., 1964, 119—123. — 3. Картамышев А. И. В кн.: Кожные и венерические болезни. Киев, 1952, 105—108. — 4. Машкиллейсон Л. Н. В кн.: Лечение и профилактика кожных болезней. М., 1964, 245—248. — 5. Попхристов П. В кн.: Кожные болезни в детском возрасте. София, 1963, 486—498. — 6. Рахманов В. А., Иняхина А. В., Шереметьева Л. Г. Вестн. дерматол., 1968, 11, 7—10. — 7. Смелов Н. С. и др. Вестн. дерматол., 1968, 11, 10—14. — 8. Штейн А. А. В кн.: Дифференциальная диагностика заболеваний кожи. Киев, 1959, 32—33. — 9. Bossong, W. Z. Haut- und Geschlechtskrankh., 1969, 44, 13, 91—94. — 10. Parmakson, P. K. Nõukogude Eesti Arst, 1945, 1/2, 10—17.

РЕЗЮМЕ. О некоторых особенностях диагностики и лечения чесотки. Э. К. Эльберг, Л. П. Кукк, Х. П. Нурманд. Одной из главных причин распространения чесотки являются ее клинические особенности. У 1/3 больных, лечившихся в последнее время в кожном диспансере города Тарту, были атипичные элементы сыпи: отсутствие сыпи на руках, единичность элементов, отсутствие чесоточных ходов, у отдельных больных отсутствовал зуд. Часто отмечаются персистентные папулы. У детей признаки чесотки нередко отличаются от таковых у взрослых.

Для подтверждения диагноза, кроме анамнеза, клинической картины и пользования лупой, применялось смазывание очагов чесотки 2—3% раствором йода или 1:10 000 водного раствора флуоресцинатрия с последующим люминесцентным макроанализом. При ультрафиолетовом освещении появлялась интенсивная желтая флюоресценция.

Эпидермис, взятый с места ходов, был исследован микроскопически. Важным условием для эффективности лечения является повторное исследование всех контактов. Профилактическое лечение применяется у всех лиц, которые могут являться паразитоносителями. Необходима дезинсекция очагов заболевания и широкая санитарно-просветительная работа среди населения.

Tartu Linna Naha- ja Suguhaiguste Dispanser

Abiks velskritele ja õdedele

HORMOONPREPARAATIDE KASUTAMISE OHUD

ESTER LUIGA
Tallinn

UDK 615.361-06

Hormoonpreparaatide kasutamine on meditsiinis väga levinud. Eriti kiiresti said populaarseks neerupealiste koore hormoonid ehk kortikosteroidid — kortisoon, hüdrokortisoon, prednisoon, prednisoloon, deksametasoon, triamtsinoloon jt. Kui 1948. a. kortisooni esmakordselt kasutati infektsioosse mittespetsiifilise polüartriidiga haige raviks, siis nüüd on kortikosteroididega võimalik ravida mitutsada haigust ning need on eluõiguse saanud teraapias, kirurgias, pediaatrias, dermatoloogias jm.

Kortikosteroidide laialdast kasutamist tänapäeva meditsiinis võib seletada nende väga laia toimespektriga, allergia- ja põletikuvastase toimega. Paljude

raskete haiguste puhul, mis varem ei olnud ravitavad, näiteks verehaigused, kollagenoosid, raskelt kulgevad allergilised reaktsioonid jne., on häid tulemusi saadud ja haigete enesetunne on kiiresti ning tunduvalt paranenud. Viimane tingiski seda, et hormoonravi on populaarsuse võitnud nii meditsiinitöötajate kui ka haigete hulgas. Hormoonravi hakati vahel kasutama, ilma et näidustusi ja vastunäidustusi oleks põhjalikult kaalutud. Et paljusid hormoonpreparaate on meil võimalik vabalt saada, s. t. ilma retseptita, hakkasid inimesed nendega endid ise ravima või tegid seda kesk-eriharidusega meditsiinipersonali soovitusel. Soovituse ja kasutamise aluseks

oli sel juhul haiguse näiline sarnasus mõne teise isiku tõvega, kellel hormoonravi oli häid tulemusi andnud. Kui hormoonpreparaate kasutati salvidena välispidiselt, ei arvestatud, et teataval protsendil imendunud ravimist on ka üldine toime. Lubamatu on soovitus määrada kortikosteroidisalvidega (prednisoloonisalv, oksükort) raseda või imetava ema rinnanibusid, arvestamata, et hormoon võib mõjuda nii lootele kui ka imikule. Ei arvestata tüsistuste tekkimise võimalusi.

Pööraksimegi tähelepanu kortikosteroidravi ohtudele. Kirjanduses võib leida andmeid steroidravi tüsistuste kohta väga rohkearvuliselt. Eri autorite andmeil varieerub tüsistuste hulk hormoonidega ravituil 6...100 %-ni. Selline erinevus on peale haige individuaalse tundlikkuse tingitud veel ravi-kuuride erinevusest (preparaadist, hormooni annusest, ravi kestusest). S. Popovi ja V. Vjasitski andmetel on tüsistustest 26,5% kerged, 27,1% keskmised, 12% rasked ja 2,4% surmavad. Ühel kolmandikul haigetest nad tüsistusi ei täheldanud.

Räägiksime mõnedest sagedamini tekkivatest, samuti eriti ohtlikest tüsistustest. Kergematel tüsistustel, nagu näo hüperemial, kuumustundel, kehakaalu tõusul, kuunäo tekkel, samuti nahalöövetel, vistrikkude ja striiate tekkel ning vere leukotsüütide arvu suurenemisel, me pikemalt ei peatu.

Psühhoneuroloogilised häired. Sageli tekivad kõrgenenud erutuvus, eufooria, uinumise raskused ning unetus. Eriti tundlikud on lapsed. Neil tekib ebaõige reaktsioon ümbritseva keskkonna suhtes, nad satuvad kergesti konfliktide, harkavade nutma, rikuvad režiimi, on saamatud endi hooldamisel, öösel kannatavad hirmuhoogude all. Kõikidel niisugustel juhtudel on väga tähtis õige režiim ja hooldamine. Lastega peab olema kannatlik, nendega ei tohi kogu aeg riielda ja neilt palju nõuda. Et lapsed ise esitavad vähe kaebusi, tuleb meditsiiniõdedel, kes lapsi näevad kogu ööpäeva jooksul, raviarstide tähelepanu juhtida lapse muutunud käitumisele. Raskemate tüsistustena võivad tekkida perifeersete närvide põletikud, psühhosid, krambid, peaju pseudotumori tunnused (peavalu, oksendamise, paispupill, teadvushäire, krambid), mis on

tingitud ajutursest. Raskete psühhoneuroloogiliste häirete vältimiseks on soovitatav jälgida haige emotsionaalset seisundit — und, meeletolu. Kui haige anamneesi andmeil on pödenud psüühilisi haigusi, on hormoonide määramine vastunäidustatud.

Südame ja veresoonekonna talitluse häiretest täheldatakse valusid südame piirkonnas, südameklappimist ja ekstrasüstoleid. Dekompenseeritud südamehaiguste korral ei ole võimalike veresoonte-spasmide tõttu soovitatav alustada hormoonravi suurtes annustes. See võib halvendada südamelihase verivarustust. Ohtlik on ka kortikosteroidide arteriaalset rõhku tõstev toime. Vererõhk võib tõusta üsna ravi algul. Profülaktikaks tuleb piirata joodava vee hulka ja toidu soolasisaldust. Hüpertooniahaigetele on kortikosteroidravi vastunäidustatud.

Seedeelundites võib steroidravi põhjustada vana haavanditõve ägenemist, ägedate «steroidsete» haavandite teket maos, kaksteistsõrmiksooles, peensooles, samuti mao- ja sooleverejookse, haavandi perforerumist, kõhukinnisust, kõrvetisi. On isegi andmeid soolevähi tekkimise kohta pärast pikaajalist hormoonravi. «Steroidhaavandi» tekke põhjuseks võib pidada mao hüpersekretsiooni, seedetrakti limaskestast limbarjääri vähenemist ja limaskestast langenud regeneratsioonivõimet hormoonravi toimel. Verejooks ja perforatsioon on väga rasked, sageli surmaga lõppevad tüsistused. Nimetatud tüsistuste vältimiseks antakse haigele juua leelisest mineraalvett (boržomm jt.) või 2% -list söögisoodalahust, söögiks kergesti seeditavat ning magu mitteärritavat toitu. Tuleb jälgida ja arvesse võtta haige kaebusi ning uusi sümptome. Ravi vältel on tarvis korduvalt teha vere ja uriini analüüse, samuti uurida maomahla, ka väljaheidet varjatud vere avastamiseks, röntgenoloogiliselt uurida magu.

Süsivesikute-ainevahetuse häire tulemusena on kortikosteroidravi ajal ilmnunud hüperglükeemia ja glükosuuria. Ravi jätkamisel need enamasti normaliseeruvad insulaaraparaadi kohanemise tõttu. Kui hormoonravi sel juhul järsku katkestada, võib areneda hüperglükeemiline kooma. «Steroidne» diabeet on väga harva tekkiv tüsistus. Sel puhul on kortikosteroidide mõjul intensiivistunud

kõhunäärme Langerhansi saarekeste tegevus, suurenenud insuliini inaktiveeriva fermenti, insulinaasi aktiivsus. Kuid steroidid ei mõju mitte ainuüksi sisesekreetsiooninäärmetele, vaid avaldavad mõju ka kõhunäärme ekskretoorsele talitlusele ning kutsuvad mõnikord esile ägeda pankreatiidi.

Vee- ja soolade-ainevahetuse häirena võib täheldada tursete teket, hüpokaalieemiat, mis põhjustab lihasenõrkust, apaatiat, abdominaalkoolikuid, EKG muutusi, kollaptoidset seisundit, ja kaltsiumi negatiivset bilanssi, mille tulemusena saab alguse osteoporoos ja võivad tekkida spontaansed luumurrud.

Kortikosteroidid kiirendavad valkude lagunemist ja takistavad nende sünteesi. Seetõttu mõjuvad need lapse kasvu pidurdavalt.

Harva tekkivate tüsistustena tuleks mainida veel silmasisese rõhu tõusu ja glaukoomi teket, samuti katarakti teket, mis ohustavad nägemist. Pärast hormoonravi katkestamist on need hästi ravitavad.

Tuntud on kortikosteroidide võime vähendada organismi vastupanuvõimet nakkuste suhtes. Nad kahjustavad mitmeti kudede kaitsemehhanisme, vähendavad fagotsüütide aktiivsust, kutsudes esile lümfoidse koe atroofia, häirivad antikehade produtseerimist. Seetõttu võib kortikosteroidravi põhjustada kol-denakkuste ägenemist, bakteriaalsete ja viirusnakkuste rasket kulgu. Seoses sellega on kirjeldatud surmajuhte tuulerõugete, punetiste jm. tagajärjel.

Kortikosteroidravi vähem tuntud tüsistused on allergilised reaktsioonid. Keemiliselt ehituselt ei kuulu kortikosteroidid allergeenide hulka. Et aga allergilisi reaktsioone võime näha kliiniliselt, on alus arvata, et nende haigete organismis on tingimused, mil kortisooni ja valgu ühinemisel tekib antigeenne kompleks. Ravimi korduval manustamisel tekib juba antigeen-antikeha reaktsioon. Seega niisugune tõhus anti-allergiline preparaat nagu kortikohormoon võib teatavates tingimustes ise saada allergeeni omaduse. Kliiniliselt avaldub see allergia nahalööbena, nõgestõvena, dermatiidina ja tursetena. Ootamatu, surmaga lõppev raske tüsistus võib tekkida siis, kui raskes allergilises seisundis olevale haigele antav

hormoonpreparaat omakorda toimib allergiseerivalt.

Steroidravi tüsistuseks on veel neeru-pealiste endogeense sekretsiooni pidurdamine. Neerupealiste koore funktsiooni stimuleerib AKTH. Eksogeenselt organismi tulnud kortikosteroidid pidurdavad AKTH väljumist ja seega väheneb organismis neerupealiste funktsioon. Selline häiritud funktsioon võib pärast hormoonravi lõppu püsida pikemat aega (üks aasta). Seetõttu ei ole neerupealiste koor stressis võimeline suurendama hormoonide produktsiooni ja võib tekkida neerupealiste äge puudulikkus, mis võib lõppeda surmaga. Seepärast tuleb traumade, operatsioonide ja muude erakordsete seisundite puhul määrata kortikosteroide neile haigeile, kel hormoonravist on möödunud vähem kui aasta.

Eriti ettevaatlikult tuleb kortikosteroidide määrata rasedatele. Steroidid tungivad kergesti läbi platsenta ja mõjutavad loote hüpotalamo-adrenaalsüsteemi ja võivad esile kutsuda neerupealiste koore atroofia ning vastündinuil neerupealiste hüpfunktsiooni. Kortikosteroidid mõjuvad raseduse varajasel perioodil geneetilisi informatsioonimehhanisme kahjustavalt. Pärast niisugust mõjutust võib tekkida embrüopaatia, loode kas hakkub või sünnib vääringuga laps (suulaelõhe, peajaaju arengu häire, maksakahjustus jms.). Kui loote arenguanomaaliaid tavaliselt täheldatakse 0,47... 2,42%, siis kortikosteroidravi puhul 6,2% (Kingi andmeil). Loote neerupealiste koore rakkude degeneratsioon võib alguse saada isegi kortikosteroidide või AKTH ühekordsest manustamisest rasedale. Võimalus suureneb veelgi, kui neid manustatakse pikemat aega. Loode kahjustub eriti sel juhul, kui rase on saanud kortikosteroidide suurtes annustes või raseduse varajasel perioodil, kuni 15. rasedusnädalani.

Tüsistuste hulka võib arvata ka nn. ärajätmise sündroomi. Pärast hormooniannuse järsku vähendamist või ravi katkestamist tekivad põhihaiguse retsiidivi fenomen, «steroidne» pseudoreumatism või kergemal juhul mittespetsiifiline sündroom söögiisu languse, peavalu, lihaste valu ja üldise halva enesetundega. Hormoonravi aeglase, järkjärgulise ärajätmise puhul ärajätmise sündroomi ei ole või see on väga

nõrgalt väljendunud. Siinkohal on otsarbekas meenutada, et pärast kortikosteroidravi lõpetamist ei ole soovitatav manustada AKTH-d, nagu seda varajasemas kirjanduses on soovitatud. On ju neerulealiste koore talitus nõrgenenud ja järsk stimulatsioon ei anna soovitud tulemust, sest neerulealis ei ole võimeline aktiveeruma.

Eespool kirjeldatud hormoonravi tüsistused ei nõua sugugi kortikosteroidide kasutamise piiramist. Samuti oleks vale arvata, et hormoonravist on parem loobuda. Tuleb ainult põhjalikult kaaluda näidustusi ja vastunäidustusi, rakendada ravi vaid arsti ettekirjutuse järgi ning seda on soovitatav teha haiglas, kus hormoonravi mõju kontrollimise võimalused on paremad.

KAASASÜNDINUD HUULE- JA SUULAELOHED NING NENDE RAVI

MAIE LÕVI
Tartu

Huule- ja suulaelõhed kuuluvad sagedasemate arenguvigade hulka. Neid on ligikaudu 30% kõikidest kaasasündinud väärarengutest (6).

Tartu Linna Kliinilises Sünnitusmajas on näo-lõualuude väärarengud esinemissageduselt kolmandal kohal (neist sagedasemad on jäsemete ja närvisüsteemi arenguvead); statistika andmetel tuleb meil iga 800 vastündinu kohta keskmiselt üks huule- ja suulaelõhega laps.

Viimastel aastakümnetel on täheldatud huule- ja suulaelõhede sagedasemat esinemist. P. Fogh-Anderseni andmeil (9) oli lõhede esinemissagedus Taanis 1939. a. 1,45%, 1961. a. aga 1,8%. Nii-sugune tendents on ilmnenud paljudes maades. Seda põhjustab ühelt poolt väärarengutega laste suremuse vähenemine järjest parema arstiabi tõttu, seega pärilikkuse osatähtsuse suurenemine, teiselt poolt aga kahjulike teguritega (mehhaanilised, füüsikalised, keemilised) sagedam kokkupuutumine raseduse ajal. Väärarengute põhjused ei ole lõplikult selgitatud. Arvatakse, et nad on polüetioloogilised.

KASUTATUD KIRJANDUS: 1. Брызгунов И. П. Вопр. охраны материнства и детства, 1965, 9, 42—49. — 2. Егорова Л. И. Лечение глюкокортикоидами и АКТГ. М., 1965, 115—145. — 3. Желтоков М. М., Сомов Б. А. Аллергия к лекарственным веществам. М., 1968, 247—254. — 4. Лукина Л. И. Вопр. охраны материнства и детства, 1969, 8, 52—56. — 5. Попов С. Е., Вязицкий П. О. Сов. медицина, 1966, 3, 31—35. — 6. Руднев И. М. Применение глюкокортикоидов у детей. М., 1969, 43—57. — 7. Экспресс-информация (побочное действие лекарственных веществ), 1968, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12; 1969, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10; 1970, 2. — 8. Götz, H., Reichenberger, M. Münchener med. Wochenschr., 1968, 110, 35, 1913—1917. — 9. Lee-ming, J. A. L. Med. Proc., 1969, 15, 10, 171—176. — 10. Lie, T. S. Zbl. Chirurg., 1968, 93, 8, 306—317. — 11. Warrell, D. W., Taylor, R. Lancet, 1968, 1, 7534, 117—118.

Ekspérimentaalse ja Kliinilise Meditsiini
Instituut

UDK 616.315/317-007-089 844

Lõhed kujunevad näoosade ebaõige arengu tagajärjel loote näokolju formeerumise ajal, s. o. teisel ja kolmandal raseduskuul. Lõhed esinevad tüüpilistes kohtades, kus looteas olid pilud. Lõhe vorm oleneb sellest, millises ulatuses embrüonaalpilu on jäänud sulgumata. Eristatakse huulelõhe, suulaelõhe ja kombineeritud huule- ja suulaelõhe.

Kergemat liiki näodefekt on naha võõtaoline armistumine, samuti ülahuule lihaste varjatud lõhe. Väärarengu puhul, mida rahva seas ebatäpselt nimetatakse jänesemokaks, on huul lõhestatud külgmiselt, lõhe ulatub ninasõorme alt huulepunani (*cheiloschisis lateralis*). Osalise lõhe puhul lõhestub ainult huulepuna või vähesel määral ka nahaosa — defekt ei ulatu ninasõormeni (vt. tahvel XXI, foto 4). Täielik lõhe aga läbib kogu huule koos ninasõorme põhjaga. Lõhe võib olla isoleeritud, millega ei kaasne allasetsevate kudede lõhelisi defekte, või kombineeritud, millele lisandub alveolaarjätke- ehk lõualuulõhe (*cheilognathoschisis*) või lõualuu- ja suulaelõhe (*cheilognathopalatoshisis*). Huulelõhe üksinda või koos

alveolaarjätkelõhega tuleb ette võrdlemisi harva, meie andmeil 15%. Sagedamini on huulelõhe kombinatsioonis alveolaarjätke- ja suulaelõhega, nn. läbistav lõhe (45%). Peale selle võib huulelõhe olla ühe- või mõlemapoolne, viimane on sümmeetriline või asümmeetriline (vt. tahvel XXI, foto 3). Vasakpoolseid huule- ja suulaelõhesid täheldatakse ligikaudu kaks korda sagedamini kui parempoolseid. Poisslastel on lõhesid rohkem (59%) kui tütarlastel (41%).

Lõhe läbib alveolaarjätke külgmise lõikehamba joonel, sageli kaasneb selle hamba arenguanomaalia (poolitumine, ebaõige asend). Lõhe poolel areneb ülalõualuu puudulikult, mille tagajärjel hammaste kaar kitseneb, alveolaarjätke külgmise osa asetub taha- ja sissepoole, eesmine osa lõikehammastega aga nihkub ette- ja väljapoole. Mõlemapoolse läbistava lõhe korral on ülalõua keskmine osa ehk vahelõug (*praemaxilla*) eriti prominentne ja nägu deformeerunud: ninaots on esileulatava vahelõuga tihedalt kokku kasvanud, ninatiivad lamedad, ninaselg lai ja madal; esineb hüpertelorism, üksikjuhtudel ka ninaselja keskne lõhe (vt. tahvel XXI, foto 2).

Suulaelõhe (*palatoschisis*) võib olla isoleeritud (39%) või koos ülahuule- või ülahuule- ja alveolaarjätkelõhega nii ühe- kui ka mõlemapoolselt. Väärarengu mikrovormi puhul võib lõhe piirduda ainult *uvula*'ga, mõnel juhul lisandub sellele pehme suulae varjatud lõhe. Kui lõhe läbib pehme suulae, sagedamini aga pehme suulae ja kõva suulae tagumise kolmandiku, on tegemist osalise lõhega. Täieliku lõhe puhul on lõhestatud pehme ja kogu kõva suulagi, kusjuures lõhe ulatub alveolaarjätkeni (vt. tahvel XXII, fotod 5 ja 6). Kõva suulae isoleeritud defekti tuleb ette

harva, sellega kaasneb tavaliselt *uvula* ja pehme suulae varjatud lõhe. Kõik isoleeritud suulaelõhed, olenemata nende ulatusest, asetsevad suulae keskjoonel.

Kui suulaelõhe on ühepoolne, millega kaasneb ka huule- ja alveolaarjätkelõhe, kaldub *vomer* vastaspoole. Seal ühineb ta suulaejätkega, eraldades ninaõõne üht poolt suuõõnest. Vastaspoolel on näha tursunud ja tsüanootilise limaskestaga kaetud ninakarbid, ninaneelus aga hüpertrofeerunud neelumandel (vt. tahvel XXII, foto 7). Mõlemapoolne läbistav huule- ja suulaelõhe on kõige raskem näo-lõualuude väärareng (hündikurk), sel puhul ei ole normaalsest lühem *vomer* liitunud kummagi lõheservaga, vaid see jääb vabalt lõhe keskele; ninaõõne mõlemad pooled on suuõõnega ühenduses (vt. joonis).

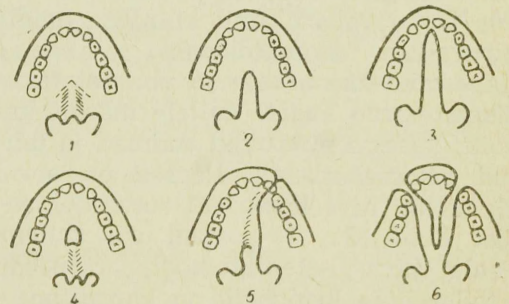
Peale nende kaasasündinud defektide täheldatakse, kuigi harva ($\approx 1\%$), näo põik- ja viltust lõhet, alahuule ja -lõua, ülahuule keskset lõhet, huulte divertikuleid. Defektidega võivad kaasneda muudki arenguhäired (närvisüsteemi viga ja südamerike, soolte atresia, jäsemete vigasus, silmapilu ja kõrvalesta deformatsioon jt.), nimelt 14,7% juhtudest (6). Raskemate arenguvigade puhul võib laps surra varsti pärast sündi.

Huule- ja suulaelõhedega lapsed arenevad tervetest erinevalt. Anatoomilisest defektist tingitud imemis-, neelamis- ja hingamishäired põhjustavad imikutel sageli ülemiste hingamisteede katarre, aspiratoorseid kopsupõletikke, seedetrakti haigusi. Esimesel eluaastal sureb palju selliseid lapsi, kirjanduse andmeil 10...30% (4, 7).

Lõhed põhjustavad raskeid funktsionaalseid häireid ka hiljem. Kõne arenguga avaldub foneetika defekt: kõne on nasaalne, lahtise ninakõlaga (*rhinolalia aperta*) ja ebaselge (*dyslalia litteralis*); raskusi on eriti kaashäilikute moodus-

Suulaelõhe mitmesugused vormid.

1 — *uvula* ja pehme suulae varjatud lõhe, 2 — pehme suulae ja osaline kõva suulae lõhe, s. o. osaline suulaelõhe, 3 — täielik suulaelõhe, 4 — kõva suulae, *uvula* ja pehme suulae varjatud lõhe, 5 — ühepoolne (vasakpoolne) läbistav suulaelõhe, 6 — mõlemapoolne läbistav suulaelõhe.



tamisel. Kõnelemisel tekkiva hingamispuudulikkuse kompenseerimiseks võivad haiged kasutada näo muskulatuuri (ninatiibade jt.) abi, millest on tingitud ebaloomulikult elav miimika, grimassid. Ka kuulmine võib olla puudulik. Sageli tekivad kuulmiselundite haigused — keskkõrva ja *tuba auditiva* põletikud (otiit, eustahhiit). Et nina- ja suuõõne vahel on ühendus, satub hingamisel külm õhk hingamisteedesse, ilma et see ninaõõnes eelnevalt oleks soojenenud, mis põhjustab mitmesuguseid hingamisteede ja ninaneelu haigusi: kroonilist bronhiiti, farüngiiti, tonsilliiti, adenoidide jne.

On häiritud dentitsioon, hambumus ja suuõõne elundite vahekorrad: neel on ülemäära avar, keel aga hüpertrofeerunud, väheliikuv otsaga. Miimiliste, neelamis- ja mälumislihaste funktsionaalsed muutused süvendavad patoloogilisi muutusi ülalõuas ja hammaskonnas, põhjustades lõualuude sekundaarseid deformatsioone. Täiskasvanuil, keda ei ole ravitud, ilmnevad näo deformatsioonid raskel kujul, ninatiiva ja ninaotsa asümmeetria on silmatorkav (vt. tahvel XXI, foto 1). Nägu moonutatav kosmeetiline defekt põhjustab psüühilise trauma vanematel, hiljem ka haigel endal.

Lõhedega lapsed on sageli vaimselt alaarenenud, see ilmneb tihti alles koolieas.

Huule- ja suulaelõhedega laste ravi peab olema süstemaatiline ja kompleksne — koosnema kirurgilistest, ortopeedilistest, logopeedilistest menetlustest, ravikehakultuurist jm. Selliselt on haiget võimalik ravida dispanseris (1, 2, 5, 8).

Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium on andnud korralduse, mis kohustab teatama näolõhedega vastsündinutest kahe esimese elupäeva jooksul Tallinna või Tartu vabariikliku kliinilise haigla kirurgilise stomatoloogia osakonda. Laps võetakse arvele ja vormistatakse dispanserne kaart, millele märgitakse kõik lapsesse puutuvad andmed ja tehtud ravimenetlused. Lapsed on arvel olenevalt ravi kestusest sünnimomendist kuni 15...16-aastani või kauem. Peale kirurgi-stomatoloogi, ortopeedi, ortodondi ja logopeedi on konsultanti-

deks pediaater, otorinolarüngoloog, lastekirurg, psühhiaater, neuroloog jt.

Plastilisi operatsioone on võimalik teha juba esimestel päevadel või esimesel kuul pärast sündi. Kui laps on terve, siis vanemate soovil opereeritakse huulelõhe 1. kuni 5. elupäeva jooksul sünnitusmajas või rajoonihaiglas, seda teeb kirurg-stomatoloog. Kui laps on sündinud alakaaluga (sünnikaal alla 2,5... 3 kg), sünnitraumaga, asfüksias või tal ilmnevad muud haigused ja kaasasündinud vääraarengud, siis opereeritakse hiljem.

Piiratud arvul rakendatakse varajast heiloplastikat. Selle eelis on, et defekti võib kohe kõrvaldada ja huule funktsiooni taastada, kuid kosmeetiliselt võib see olla vähem efektiivne kui hilisem operatsioon. Lapsed, kellel huulelõhe ei ole opereeritud sünnitusosakonnas, saadetakse 2- kuni 3-kuuselt operatsioonile stomatoloogiaosakonda. Mõlemapoolseid täielikke huulelõhesid on soovitatav opereerida alles 4- kuni 6-kuuselt. Operatsiooniaja määrab eriarst.

Huuledefekti kõrvaldamiseks tehakse kohalik nihutusplastika: lõigatakse lahti lõheservad (eri meetodeil), need lähendatakse ja õmmeldakse kokku. Tänapäeval toimub huuleplastika intratrahheaalses narkoosis.

Kombineeritud huule- ja suulaelõhe puhul järgneb ortopeediline ravi, mis kestab kuni suulae operatsioonini. Imikutele valmistatakse suulae defekti sulgemiseks plastmassist obturaator. Funktsionaalselt on parem nn. ujuv obturaator. Seda on soovitatav teha 1...2 kuud pärast huuleplastikat, s. o. siis, kui operatsioonihaav on täiesti paranenud. Kui last ei opereerita esimestel elupäevadel või kui lapsel on isoleeritud suulaelõhe, tuleb obturaator muretseda kohe. Selle valmistab stomatoloog-ortopeed. Edaspidi korrigeeritakse obturaatorit vastavalt vajadusele 1...2 korda aastas; kaheaastasele lapsele valmistatakse uus ujuv obturaator. Obturaatori pidev kandmine parandab hingamist, imemist, neelamist ja hiljem kõnet. Ühtlasi soodustab see pehme suulae ning neelu lihaste arengut ja väldib ülalõua varajasi deformatsioone ning hambumusanomaaliaid.

Teisest kuni kolmandast eluaastast alates tuleb alustada logopeedilist ravi.

On oluline, et laps juba algusest peale omandaks õiged kõnerefleksid. Logopeed, kellena töötab otorinolarüngoloog või defektoloog, jälgib last ja annab emale juhtnööre kõneharjutusteks kodus. Logopeedilise ravi hulka kuulub ka harjutuste kompleks kõne moodustamisest osavõtvate lihaste — keele, huulte, pehme suulae jt. — tugevdamiseks. Enne logopeedilisele ravile saatmist peab olema kindlaks tehtud lapse vaimne areng ja kuulmiselundite seisund. Kui lapsel on kesknärvisüsteemi häiretest tingitud kuulmis- ja kõnehäired, alustatakse surdologopeedilist ravi. Raskete kõne- ja kuulmishäiretega lapsed on soovitatav paigutada Tartu I Eriinternaatkooli. Paremaid tulemusi on andnud varakult alustatud logopeediline ravi, mis eeldab ka suulae funktsiooni taastamist võimalikult varem.

Suulaelõhe sulgemine on raskem operatsioon, mida tehakse tavaliselt alles eelkoolieas, s. o. 5...7 aasta vanuses. Osaliste lõhede korral on suulaoplastika mõeldav ka 2- kuni 4-aastaselt. Kui laps on vaimselt või füüsiliselt alaarenenud või kui kaasnevad teised vääraarengud, näiteks südamerike, lükkub uranoplastika edasi kuni lapse 8- kuni 10-aastaseks saamiseni. Mõnikord ravitakse südamedefekti kirurgiliselt juba varem. Erandina tehakse uranoplastika ka hilisemas eas.

Olenevalt defekti suurusest ja kohalikest koevarudest tehakse suulaelõhe operatsioon kas ühe- või mitmeetapiline. Pehme suulae arenenud muskulaatuuri korral annab plastiline operatsioon paremaid tulemusi, sest rikkalikumad koevarud võimaldavad defekti täielikult sulgeda juba ühekordse operatsiooniga. Kuni suulae defekt täielikult sulgub, vahel alles pärast hilisplastikat (Filatovi ümarvarre plastika), varustatakse haige obturaatoriga. Kohe pärast uranoplastikat alustatakse funktsionaalset järelravi, milleks on suulae massaaž ja võlvi tõstmine; umbes ühe kuu pärast jätkub ka logopeediline ravi.

Opereeritud lapsed vajavad pidevat ortodontilist kontrolli ülalõua sekundaarsete deformatsioonide ja hammaste anomaaliate vältimiseks. See on vajalik juba piimahammaste suhu lõikumisel, eriti aga jäävhammaskonna kujunemise ajal. Hambumusnanomaaliate raviks ja

profülaktikaks kasutatakse mitmesuguseid individuaalseid, reguleeritavaid ortodontilisi aparate.

Kui lõualuu deformatsioonid on eriti rasked, kombineeritakse täiskasvanud haigetel (17- kuni 18-aastaselt) ortodontiline ravi kirurgilisega. Tehakse operatsioon, kompaktosteotomia, mille abil luud on võimalik muuta plastilisemaks ning ortodontilise aparadi toimele järeleandlikumaks.

Viimasena korrigeeritakse nina ja huule hilisdeformatsioone mitte varem kui 14- kuni 16-aastaselt, vahel hiljemgi. Samal ajal pannakse proteesid hammaste anomaaliate või hammaste puudumise korral. Enneaegsed plastilised operatsioonid võivad hiljem põhjustada märgatavat näo asümmeetriat, sest taastatud osad jäävad maha näo muude osade kasvust.

Huule- ja suulaelõhedega laste dispanseerimine võimaldab jälgida ning suunata nende üldist arengut. Lapsed ilmuvad 1...2 korda aastas kontrolljärelevaatusele, kus määratakse ravi ning antakse nõu. Vaimselt alaarenenud lapsed suunatakse eri lastekollektiividesse.

KIRJANDUS: 1. Бакулис И. П., Баркане Б. Я. Вопросы стоматологии детского возраста. Рига, 1968, 203—204. — 2. Булатовская Б. Я. Стоматология, 1968, 4, 63—64. — 3. Лимберг А. А. Врожденные несращення губы и неба. Л., 1968. — 4. Лурье Т. М. Врожденные расщелины верхней губы и неба. М., 1964, 34—41. — 5. Лыви М. О. Материалы докладов VII республиканской конференции стоматологов и зубных врачей Эстонской ССР. Tartu, 1968, 129—131. — 6. Фролова Л. Е. Лечение врожденных расщелин верхней губы. Ташкент, 1967. — 7. Чепулис С. П., Муснецкене А. Ю. V Всесоюзный съезд стоматологов. М., 1968, 236—238. — 8. Burian, F. Chirurgie der Lippen- und Gaumenspalten. Berlin, 1963. — 9. Fogh-Andersen, P. Acta Chirurg. Plast., 1963, 5, 3, 153—158.

РЕЗЮМЕ. Врожденные расщелины губы и неба и их лечение. М. О. Лыви. Врожденные расщелины губы и неба относятся к числу часто наблюдаемых аномалий развития. По частоте их у новорожденных они стоят на третьем месте и составляют около 30% из всех врожденных уродств человека. Причины их возникновения окончательно не установлены. Расщелины лица являются следствием неправильного развития отдельных частей лица во втором и третьем месяце эмбрионального периода.

Формы расщелин различные — наиболее часто (46%) встречается альвеолярная расщелина верхней губы, альвеолярного отростка

и неба, которая является односторонней или двухсторонней. Несколько чаще встречаются левосторонние расщелины. Следующей по частоте является изолированная расщелина неба, частичная и полная (39%) и на третьем месте находится изолированная расщелина верхней губы (15%). Одновременно с расщелинами губы и неба могут встречаться другие врожденные уродства (порок сердца, деформации конечностей, ушных раковин и т. д.).

Лечение детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба комплексное, состоящее из хирургического, ортопедического, логопедического, ортодонтического и др. лечения. Систе-

матическое комплексное лечение проводится в порядке диспансеризации детей. Оно начинается со дня рождения и продолжается до 15 лет и дольше. Первым мероприятием комплексного лечения является операция расщелины губы, затем ребенку, если у него имеется и расщелина неба, изготавливается плавающий obturator неба. Далее делается операция расщелины неба с последующим логопедическим лечением. Больные подвергаются также ортодонтическому лечению.

TRÜ Arstiteaduskonna stomatoloogia
kateeder

BRONHIDE LÄBITAVUSE HÄIRED

JÜRI PAULSON

Tallinn

UDK 616.233-007.271

Bronhide läbitavuse häired* (nn. bronho-obstruktsioon) kaasnevad mitmesuguste ägedate või krooniliste kopsuhaigustega. Nad võivad esineda nii krooniliste mittespetsiifiliste kopsuhaiguste puhul, nagu bronhiit, kopsupõletik, astma, kui ka spetsiifilise kopsukahjustuse korral (tuberkuloos).

Bronho-obstruktsioon võib tingitud olla nii orgaanilistest, pöördumatutest muutustest kopsukoes ja bronhide seintes kui ka funktsionaalsest seisundist — bronhospasmist. Bronhospasmi põhjustab bronhide hüperreaktiivsus, mis omakorda võib tekkida organismisestest muutuste tagajärjel, näiteks kopsukoe haiguslikud muutused, nakkuslik protsess bronhides jne., samuti mitmesuguste väliste tegurite — mehhaaniliselt või keemiliselt ärritavad ained, allergeenid — otsesel toimel bronhidesse. Ilmsete bronho-obstruktiivsete nähtudega kroonilist bronhiiti põevad sageli kivisöökaevurid, jahu-, tsemendi-, plastmassi- ja tekstiilitööstuse töölised.

Bronhide läbitavuse häired on eriti olulised selliste difuusete, laiaulatuslike kopsuprotsesside patogeneesis nagu krooniline bronhiit ja kopsuemfüseem. Bronhide funktsionaalse läbimatus nähud avalduvad eelkõige astmaatilise hoo ajal.

Ravi, profülaktika ja tööekspertiisi seisukohalt on oluline hinnata bronho-obstruktiivsete muutuste laadi ja kalduvust progresseerumiseks. Teame ju, et arenev kopsuemfüseem, *cor pulmonale* ning kardiopulmonaalne puudulikkus põhjustavad sageli invaliidistumise.

Teaduslikes töodes kasutatakse bronhide läbitavuse hindamisel keerukat aparatuuri ja meetodikat, nagu spirograafia, pneumotahhograafia jm. Igapäevases kliinilises töös aga piisab lihtsamatest võtetest ja primitiivsemast aparatuurist.

Kroghi spirograafi ja kýmograafia on võimalik registreerida hingamise funktsionaalseid näitajaid, nagu vitaalkapatsiteeti, forsseeritud sekundiekspiratsiooni ehk Tiffeneau proovi ja maksimaalset ventilatsiooni. Bronho-obstruktiivsetele muutustele on iseloomulik nende näitajate vähenemine, võrreldes normväärtustega. Normväärtuste arvestamisel tuleks vitaalkapatsiteedi puhul lähtuda Milleri ja maksimaalse ventilatsiooni puhul Sorinsoni kindlakstehitud normväärtustest. Forsseeritud sekundiekspiratsiooni juures peetakse normiks $\leq 75\%$ vitaalkapatsiteedist.

Bronho-obstruktiivsete muutuste puhul on õhujoa võimsus forsseeritud väljahingamisel vähenenud, seda mõeldakse Votšali pneumotahhomeetriga. Normväärtust hinnatakse G. Badal'jani järgi: forsseeritud väljahingamise suurus = $1,2 \times$ tegelik vitaalkapatsiteet ($\pm 10 \dots 15\%$).

Täpsemaid andmeid eespool toodud meetodite kohta võib leida nii kodu- kui ka välismaisest kirjandusest.

Ka kliinilised tähelepanekud aitavad bronhospasmi kindlaks teha. Haiged kaebavad tavaliselt hingematmistunnet ja hingeldust. Võivad tekkida astmaatilised hood, seda eriti tüüpiliselt bron-

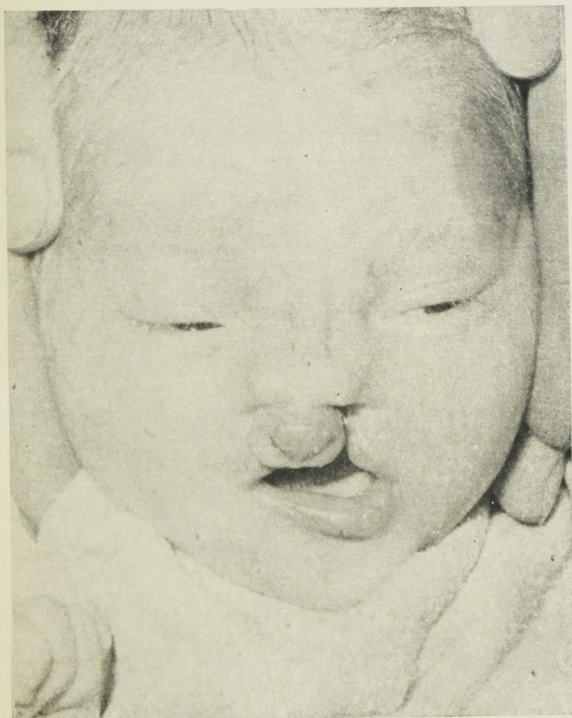
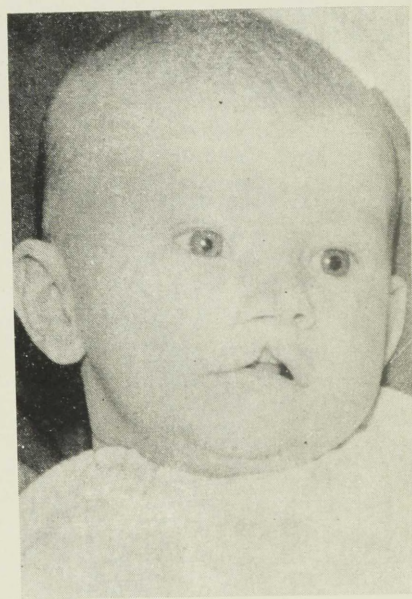
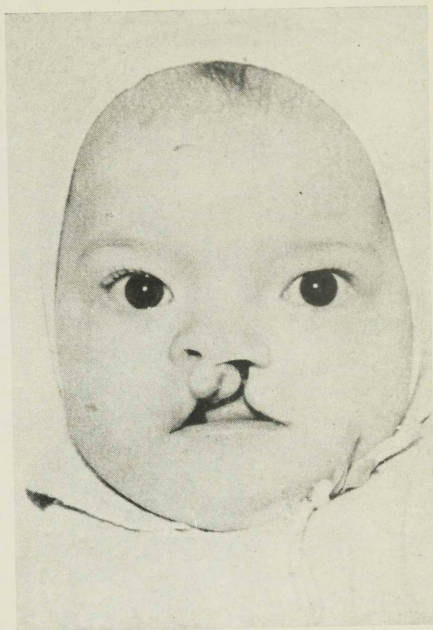
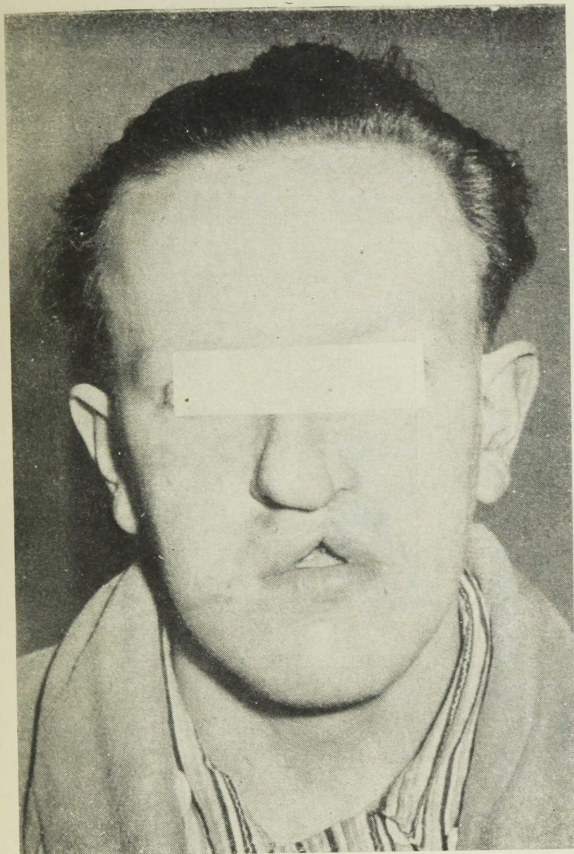


Foto 1. 24-aastane meespatsient, ülahuule ja ninatiiva hilisdeformatsioon (tal oli vasakpoolne läbistav huule- ja suulaelõhe).

Foto 2. Kahekuine tütarlaps, mõlemapoolne huule-, alveolaarjätke ja suulae läbistav lõhe, samuti ka nina (kõhrelise ja luulise osa) keskne lõhe.

Foto 3. Kuuekuine tütarlaps, mõlemapoolne huulelõhe, vasakpoolne on läbistav, parempoolne osaline ja varjatud.

Foto 4. Kolmekuine poisslaps, parempoolne esaline ülahuulelõhe.

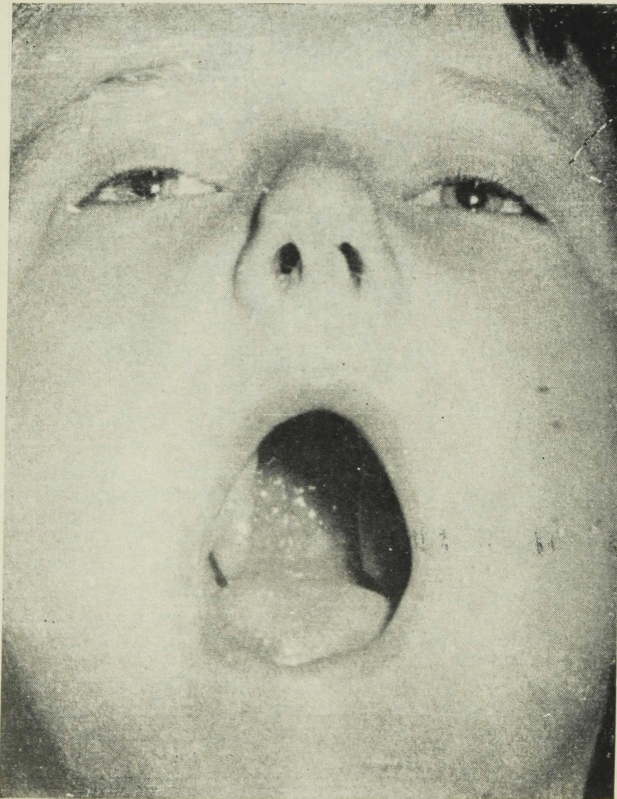


Foto 5. Kuueaastane tütarlaps, osaline suulaelõhe (pehme suulae ja osaline kõva suulae lõhe).

Foto 6. Seitsmeaastane tütarlaps, täielik suulaelõhe.

Foto 7. Kaheksa-aastane poisslaps, parempoolne alveolaarjätke- ja suulaelõhe (huul opereeritud), parema ninasõõrme deformatsioon.

hiaalastma juhtudel. Auskultatsioonil võib kuulda kuivi räginaid ja kiunusid.

Nimetatud funktsionaalsete nihete ja kliiniliste nähtude puhul võime haigetel diagnoosida bronhide läbitavuse häireid. Täpsema ülevaate kopsude funktsionaalsetest seisundist ja bronhospasmi tugevusest annab spasmolüütiliste ravimite test. Seejuures määratakse spirograafilised, pneumotahhomeetriselised ja kliinilised näitajad enne ja pärast spasmolüütiliste ainete manustamist. Sagedamini süstitakse 0,1%-list adrenaliinilahust 0,5 ml, 5%-list efedriinilahust 1,0 ml, 0,1%-list atropiinilahust 1,0 ml naha alla või määratakse 1%-list novodriinilahust 0,3...0,5 ml inhalatsiooniks.

Kui spirograafia andmed 15...30 minuti jooksul pärast spasmolüütikumide andmist lähenevad normile vähemalt 15% võrra algväärtustest, õhu hulk forsseeritud väljahingamisel suureneb pneumotahhomeetrisel uuringul enam kui 0,5 l/sek., hingematmistunne kaob või ilmselt väheneb («on kergem hingata») ning kopsude auskultatsioonil kuivad räginaid puuduvad või on ilmselt vähenenud, võime diagnoosida bronho-obstruktiivseid muutusi.

Näitajate täielik normaliseerumine lubab oletada, et sel juhul oli tegemist peamiselt funktsionaalset tüüpi, pöörduva bronho-obstruktsiooniga — bronhospasmi, mittetäieliku taastumise puhul aga osaliselt mittepöörduva, orgaanilise bronho-obstruktsiooniga.

Bronho-obstruktsiooniga haigete ravi, olenemata põhihaiguse diagnoosist, kuulugu ravikompleksi peale rögastamisvahendite, bakteriostaatilise ravi, vitamiinide, füsioteraapia, ravikehakultuuri jm. kindlasti ka bronhospasmi lõõgastavad vahendid — adrenaliin, efedriin, atropiin, teofülliin jt. Tugevate

bronhospasmi korral toimivad tavaliselt hästi ka novodriini ja isadriini inhalatsioonid, likvideerides hoo mõne minuti jooksul.

Eriti oluline aga on algavate, veel fikseerumata funktsionaalsete bronho-obstruktiivsete seisundite, bronhospasmi ravi. Õigeaegne ja kestav ravi aitab haigetel kauase töövõimet säilitada, pidurdab haiguse arengut ning vähendab invaliidistumisjuhtude arvu.

РЕЗЮМЕ. О нарушениях бронхиальной проходимости. Ю. Паульсон. Нарушения бронхиальной проходимости часто сопутствуют различными неспецифическими (бронхит, пневмония, астма) и специфическими заболеваниями легких (туберкулез и др.). Бронхообструкция может иметь стойкий, необратимый характер — структурные изменения бронхов, стойкий отек бронхов, или нестойкий — например, бронхоспазм. Причинами развития последнего могут быть как внутренние (особенности патологического процесса в легких, изменения реактивности организма и т. д.), так и внешние (запыленность, загазованность воздуха и др.) факторы. Бронхообструктивные изменения имеют важное значение в патогенезе и клинике легочной патологии, в дальнейшем развитии эмфиземы легких, легочного сердца и легочно-сердечной недостаточности.

Характер и выраженность бронхообструктивных изменений помогут определить клинические, спирографические (ЖЕЛ, ФЖЕЛ, МВЛ) и пневмотахометрические обследования с помощью бронхорасширяющих веществ — адrenalина, эфедрина, новодрина.

Нарушениям бронхиальной проходимости характерны уменьшения указанных функциональных показателей. Нормализация или улучшение этих показателей после введения бронхорасширяющих веществ позволяет определить глубину изменения бронхов.

Особенно важно выявить ранние изменения бронхов в целях профилактики и рационального комплексного лечения, а также чтобы предупредить быстрое течение болезни и дальнейшую инвалидность больных.

Ed. Vilde nim. Tallinna Pedagoogiline Instituut

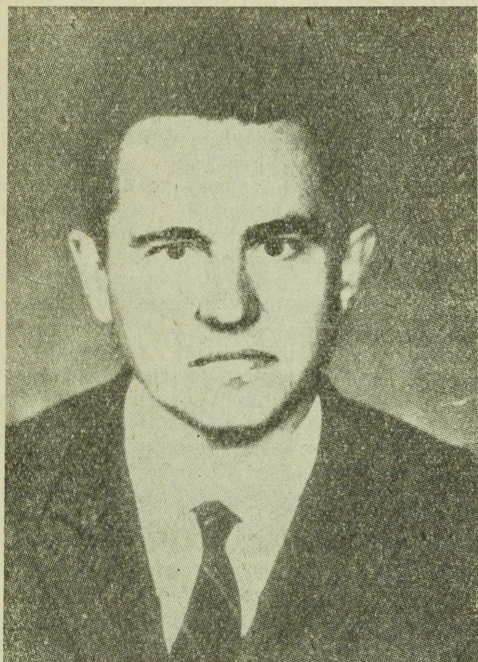
Kaadri ettevalmistamine

LEO POKK ARSTITEADUSE DOKTOR

24. aprillil 1970. a. andis NSV Liidu Kõrgema ja Kesk-erihariduse Ministeeriumi Kõrgem Atestatsioonikomisjon arstiteaduse doktori kraadi Leo Pokile.

Uuele doktorile andis diplomi üle Tartu Riikliku Ülikooli rektor A. Koop teadusliku nõukogu koosolekul 25. septembril 1970. a.

Väitekirja «Tsentraalnärvisüsteemi mõningate osade, elektrolüütide, tsüanokobalamiini, aminosüüri ja heksooni mõjust nekrooside kulule südames» kaitses ta 3. oktoobril 1969. a. TRÜ Arstiteaduskonna nõukogus. Oponeerisid arstiteaduse doktor professor L. Krõmski Moskvast, veterinaariadoktor



professor V. Ridala ja arstiteaduse doktor professor Ü. Arend, kes tööle andsid kõrge hinnangu.

L. Pokk uuris eksperimentaalselt südame mikroinfarktide tekke mehhanisme ja mikroinfarktide vältimise ning ravi võimalusi. Katsed näitasid, et küü-

likute ajukoore ja limbilise süsteemi eri osade vigastamisel tekivad müokardi troofikahäired, mis avalduvad mikroinfarktadena. Kõige raskemad neurogeensed südamekahjustused tekivad hipokampuse vigastamisel. Autoril on väärtuslik tähelepanek, mille järgi neurogeensed mõjustused võivad vereringehäirete korral põhjustada koronaarterite tromboosi. Katsetulemused sunnivad olema ettevaatlik aminosüüri kasutamisel kliinikus, eriti südame ja vereringe kahjustustega haigetel. Autor on kindlaks teinud heksooni ja tsüanokobalamiini soodsa toime eksperimentaalsete müokardi-infarktide kulule. Uuritud elektrolüüdid mõjusid aga erinevalt olenevalt südamekahjustuse etioloogiast.

L. Pokk sündis 11. oktoobril 1930. a. Tartus töölisperekonnas. 1949. a. lõpetas ta Tallinna I Keskkooli, mille järel alustas õpinguid TRÜ Arstiteaduskonnas. Juba VI kursuse üliõpilasena töötas ta assistendi ametikohal TRÜ patoloogilise anatoomia kateedris. Pärast ülikooli lõpetamist 1955. a. tegutses samas kateedris algul loenguassistendina ja hiljem assistendina. Teadusliku tööga tegi ta algust ÜTÜ ringis. 18. detsembril 1959. a. kaitses L. Pokk kandidaadiväitekirja, milles käsitleti ortostaatilise kollapsi tekkimist, siseelundite morfoloogilisi muutusi ja peaaegu vereringehäireid küülikutel.

L. Pokki teaduslike tööde nimekirjas on üle 60 nimetuse, millest ligikaudu 50 on trüki avaldatud. Tema juhendamisel on kirjutatud kolm üliõpilaste võistlustööd. Värske doktor on aktiivselt osa võtnud ka ühiskondlikust tööst. Kümme aastat on ta olnud ülikooli õpperühmade hooldaja.

25. septembril 1970. a. valiti L. Pokk konkursi korras TRÜ Arstiteaduskonna patoloogilise anatoomia kateedri professori ametikohale.

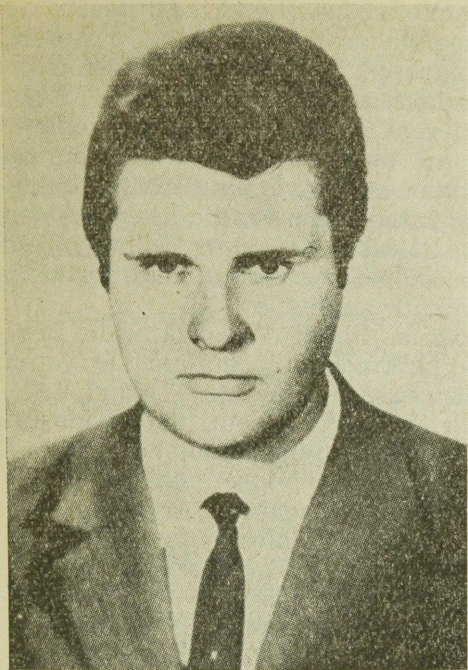
Loona Kaar

VELLO SALUPERE ARSTITEADUSE DOKTOR

17. oktoobril 1969. a. kaitses väitekirja «Krooniline gastriit haavandtõve korral. (Kroonilise gastriidi patogeneetilised iseärasused)» eest andis NSV Liidu Kõrgema ja Kesk-erihariduse Ministeeriumi Kõrgem Atestatsioonikomisjon 26. juunil 1970. a. arstiteaduse doktori kraadi TRÜ Arstiteaduskonna

teaduskonnasisehaiguste kateedri dotsendile Vello Saluperele.

Värske arstiteaduse doktor sündis 5. märtsil 1935. a. Tallinnas töölisperekonnas. Ta lõpetas TRÜ Arstiteaduskonna kiitusega 1960. a. ja seejärel töötas röntgenoloogina Tartu Linna Kliinilise Haigla sisehaiguste osakonnas. Siin



valmis tal töö kõrval kandidaadiväite-
kiri, mida ta kaitses 1963. a. Samast
aastast töötab V. Salupere TRU Arsti-

teaduskonna teaduskonnasisehaiguste
kateedris õppejõuna.

V. Salupere on meditsiiniüldsusele nii
vabariigis kui ka üleliiduliselt tuntud
kui silmapaistev gastroenteroloog, kellel
on tähelepanuväärne uurimusi eriti mao-
haiguste patogeneesi ja diagnoosimise
täpsustamise alalt ning teeneid gastro-
enteroloogia väljaarendamisel vabarii-
gis. V. Saluperelt on trükkis ilmunud 53
teaduslikku artiklit ja mitu õppevahen-
dit-brošüüri. Ta on esinenud arvukate
ettekannetega vabariiklikel, üleliidulis-
tel ja rahvusvahelistel nõupidamistel
ning kongressidel.

V. Salupere võtab aktiivselt osa ka
arstiteaduslike organisatsioonide tööst.
Ta on Tartu Terapeutide Seltsi esimees
ja kuulub Üleliidulise Gastroenterolo-
ogide Seltsi juhatusse.

Oleme veendunud, et värske arstitea-
duse doktor tänu oma erakordsele töö-
võimele ning suurele kiindumusele tea-
duslikesse probleemidesse annab tule-
vikus arstiteaduse varasalve veel palju
väärtuslikku. Selleks jõudu ja õnne-
likku kätt!

Kuno Kõrge

Arstiteaduse ajaloost

30 AASTAT VABARIIKLIKU SANITAAR- JA EPIDEMIOLOOGIAJAAMA

HEINO KIRT
IVAN STSERBAKOV
Tallinn

Varsti pärast nõukogude võimu taas-
kehtestamist Eestis korraldati meditsi-
niiasutuste võrk ümber. Eesti NSV
Rahvakomissaride Nõukogu määruse
alusel rajati vabariigis nõukogulik sani-
taar- ja epidemioloogiatega seotud ning
ühtlasi Riiklik Sanitaar- ja Epidemio-
loogiajaam (Vabariikliku Sanitaar- ja
Epidemioloogiajaama tookordne nime-
tus).

Riikliku Sanitaar- ja Epidemioloogia-
jaama eelkäijaks oli Tallinna Linna
Sanitaar-Bakterioloogia Laboratoorium,
mille linnavalitsus kubernerite ettepanekul
oli rajanud 1904. aastal. Esialgu oli

laboratooriumil kolm osakonda: kee-
mia-, bakterioloogia- ja desinfektsiooni-
osakond. 1906. a. asutati muuseum, kus
eksponeeriti preparaate, kultuuride näi-
diseid ja tabeleid, samuti alustas tööd
raamatukogu. Desinfektsiooniosakond
sai 1911. a. formaliindesinfektsiooni-
kambri koos Zarevitši aparatuuriga.

Aastail 1904...1917 töötas linna kee-
mikuna G. F. Winkler, 1919. a. alates oli
keemikuks ja laboratooriumi juhatajaks
A. Aljak. Laboratoorium asus algul
Rataskaevu t. 50, hiljem Pikk t. 73.

1941. a. anti Pikk t. 73 paiknev maja
koos kõrvalruumide ning garaažiga

Riiklikule Sanitaar- ja Epidemioloogiajaamale tervikuna üle.

Suur Isamaasõda katkestas Riikliku Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama tegevuse. Okupatsiooniaastail tegutses samas hoones Tallinna Linna Tervishoiulaboratoorium.

24. septembril 1944. a. avati Riiklik Sanitaar- ja Epidemioloogiajaam uuesti Pikk t. 73. Tööd korraldas A. Uiho. Keemikuks jäi A. Aljak, kellel sõja ajal oli õnnestunud säilitada suur osa laboratooriumi sisseseadet, aparatuuri, instrumente, reaktiive jms., mis nüüd märjaks ära kulus. Komplekteeriti kaader ja juba 29. septembril 1944. a. tehti esimesed analüüsid.

Pärast sõda hakkas Riiklikku Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama juhataja J. Traat. Üldse on 30 aasta vältel Vabariikliku Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama peaarstidena töötanud A. Liin, Z. Saar, N. Avald, A. Striž, I. Oja, A. Nevmõvakina, J. Didenko, A. Bochman, L. Stepanova.

1945. a. anti mitmele tervishoiuasutusele uued nimetused. Riiklik Sanitaar- ja Epidemioloogiajaam nimetati Vabariiklikuks Sanitaar- ja Epidemioloogiajaamaks.

Esimestel sõjajärgsetel aastatel ei täitnud Vabariiklik Sanitaar- ja Epidemioloogiajaam veel kõiki praegusi ülesandeid. Ta korraldas küll profülaktikaüritusi vabariigis, likvideeris kõhutüüfuse, poliümüeliidi, difteeria jt. haiguste koldeid, pidas nakkushaiguste arvestust ja koostas vabariigi kohta aruandeid, kuid samal ajal tegi Tallinna linnale kõik profülaktilised uuringud pisikukandluse ja soolenugiliste suhtes, samuti kõik kommunaal- ja tööstussanitaariaalased laboratoorsed uuringud.

Sel ajal oli suur autoriteet toitlustuslaboratooriumil, kuhu tulid abi saama paljud vabariigi asutused. Toitlustuslaboratooriumi hea kuulsus oli vahetult seotud selle juhataja A. Aljaku tegevusega, kes oli oma ala entusiast, töökas ja kohusetundlik spetsialist.

1948. a. lõpul asutati Tallinna Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaam. 1949. a. 1. jaanuarist alates hakkas Vabariiklik Sanitaar- ja Epidemioloogiajaam juhtima vabariigi kõiki sanitaar- ja epidemioloogiajaamu.

1949. a. olid Vabariiklikus Sanitaar- ja Epidemioloogiajaamas sanitaar- ja

epidemioloogiaosakond, sanitaarbakterioloogialaboratoorium ning desinfektsioonigrupp. Sanitaar- ja epidemioloogiaosakonna tüüpkoosseisule lisaks rajati veel antiraabiline ja brutselloosiosakond (eriti ohtlike nakkushaiguste osakonna eelkäijad) ning sanitaarbakterioloogialaboratooriumile lisaks tööstussanitaarialaboratoorium. 1949. a. oli 65 koosseisulist ametikohta, neist arstide ja keemikute ametikohti 13.

1954. a. liideti Vabariiklikule Sanitaar- ja Epidemioloogiajaamale varem iseseisva asutusena eksisteerinud Vabariiklik Malaria Jaam ja moodustati sellest parasitoloogiaosakond. 1958. a. lõpul valmis uus hoone Paldiski mnt. 81.

Vabariigi linnade ning rajoonide sanitaar- ja epidemioloogiateenistuse meetodilise juhendamise tugevdamine nõudis Vabariikliku Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama struktuuri täiustamist. Praegu tegutsevad organisatsiooniline, sanitaaria- ja hügieeni-, radiatsiooni- hügieeni-, epidemioloogia-, desinfektsiooni-, eriti ohtlike nakkushaiguste osakond ja administratiiv-majandusosakond. Mitmel osakonnal on allosakonnad. Näiteks sanitaar-hügieeniosakonna alluvuses töötavad kommunaalhügieeni, tööhügieeni, toitlustushügieeni, laste- ja noorukitehügieeni, füüsikalise-keemilistel meetoditel uurimise, toksikoloogia ja väliskeskkonnas mürgkemikaalide jääkhulkade määramise laboratooriumid. Epidemioloogiaosakonna alluvuses on epideemia, parasitaarsete haiguste tõrje, bakterioloogia ja viroloogia allosakonnad.

Koos meditsiinitöötajatega tegutsevad Vabariiklikus Sanitaar- ja Epidemioloogiajaamas veel insenerid, bioloogid, füüsikud, tehnikud, entomoloogid jt. Praegu on koosseisulisi ametikohti 125, neist arste, kõrgema haridusega laborante, biolooge 43.

Vabariikliku Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama kauaaegsetest töötajatest ning headest spetsialistidest väärivad mainimist R. Kruise, J. Didenko, K. Vassiljeva, A. Vorobjova, L. Stepanova, A. Fominõhh, V. Gorskaja jt. Kõrvuti asutuse veteranidega tuleb märkida ka noori spetsialiste P. Kroonit, J. Ruutu, G. Brüsselvat jt. Paljud tegelevad ka teadusliku uurimistööga.

Vabariiklik Sanitaar- ja Epidemioloogiajaam

Konverentsid ja nõupidamised

TALLINNA EPIDEMIOLOOGIA, MIKROBIOLOOGIA JA HÜGIEENI TEADUSLIKU UURIMISE INSTITUUDI SEITSMES KONVERENTS korraldati 15. septembril 1970. a.

Avasõnas märkis Eesti NSV tervishoiu-ministri asetäitja O. Tamm, et instituudi tähtsus vabariigi sanitaar- ja epidemioloogia-teenistuse abistamisel suureneb pidevalt.

Konverentsil käsitlesid düsenteeriat R. Suda-kova ja A. Fominõhh, kõhutüüfust A. Tetsov ja H. Pihl ning ešerihhioose K. Laja ja A. Svitškarjova. Külalis-esineja professor E. Novgorodskaja Leningradist rõhutas *Sh. sonnei* meil enam levinud biotüüpide uurimise vajadust. Düsen-teeriajuhtude arvu suurenemist ja vähenemist võib esineja arvates osaliselt seletada im-muunsuse perioodilise muutumisega.

Esitati andmeid ka infektsioosse hepatiidi gammaglobuliinprofülaktikast (J. Märtin).

M. Teoste andis ülevaate folliikulihor-mooni eritumise uurimise tulemustest tütar-lastel seoses füüsilise treenitusega. M. Kop-lus ja R. Silla aga iseloomustasid noor-sportlaste organismi immunobioloogilist reak-tiivsust. Laste ja noorukite töövõimet genee-tilisest aspektist käsitles V. Švarts. Hügieenikute istungil esines ka külaline N. Poljanskaja, kes koos M. Antro-pova ning L. Lužinaga oli uurinud noor-sportlaste füüsilist arengut ja nende orga-nismi immunoloogilist reaktiivsust.

Konverentsi lõppistungil kuulati viroloog-ide ettekandeid. Viiruste geneetiliste oma-duste kasutamise võimalustest tervishoius oli juttu S. Jõksi ja kaasautorite töös. Ägedate respiratoorsete viirusinfektsioonide uurimisest Eesti NSV-s andsid ülevaate K. Subi ja A. Hurm. L. Priimägi kirjeldas vaktsii-nide-interferonogeenide kasutamise tulemusi 1970. a. griepideemia ajal. Konverents lõp-pes T. Kuslapi ja K. Kutsari ülevaa-tega tsütopatoogeensete enteroviiruste tsirku-leerimisest Eesti NSV elanike hulgas aastail 1965...1969.

Konverentsi eel ilmus ettekannete kogu-mik, mille 212 leheküljel on avaldatud 60 tea-duslikku artiklit (Сборник докладов седьмой научной конференции Таллинского НИИЭМГ, Таллин, 1970).

Hendrik Pihl

VIII BALTIMAADTE TEADUSE AJALOO KONVERENTS peeti 1. kuni 3. juulini 1970. a. Tartus.

Akadeemikud P. Valeskalns, P. Sla-venas ja F. Klement rääkisid teaduse arengust nõukogude võimu 30 aasta vältel Lätis, Leedus ja Eestis. Huvi äratasid ka S. Plotkini ettekanne Baltimaade teadus-ajaloolaste publikatsioonidest kogumikus «Loodusteaduse ja tehnika ajaloo küsimused», A. Tyla töö Leedu üliõpilaskonnast Tartu ülikoolis aastail 1802...1918 jmt.

Neljast sektsioonist oli suurim nii ette-kannete kui ka osavõtjate arvu poolest arsti-teaduse ajaloo sektsioon. Selle 25 ettekandest kaheksa esitasid Eesti NSV esindajad. Esine-jaid oli ka Lätist, Leedust, Moskvast, Leni-ngradist, Odessast, Lvovist, Batumist ja Gusse-vist.

Esimesel istungil rõhutas V. Kalnin, et mitmed Tartu ülikooli kasvandikud tundsid V. I. Leninit ning puutusid temaga kokku ühises revolutsioonilises võitluses ja partei-töös, nõukogude tervishoiu rajamisel, samuti V. I. Lenini ravimisel. Ettekandes toodi and-meid 14 niisuguse endise Tartu üliõpilase kohta, kellest enamik õppis arstiteaduskon-nas. Teadlase isiksuse tähtsust koolkonna raja-misel, seda just näidete varal Baltimaade arstiteadlastest, käsitles K. Vassiljev (Odessa). V. Derums (Riia) väitis, et Balti-maade arstiteaduse ajaloo uurimise üks alus peab olema inimese paleopatoloogia kui objek-tiivne teadus. Tartu füsioloogide juhtivast osast eksperimentaalse suuna arendamisel XIX sajandi esimesel poolel Venemaal kõne-les professor E. Käer-Kingisepp. A. Loit (Leningrad) ja B. Schamardin käsitlesid XIX sajandi toksikoloogiaalaseid töid Tartu ülikoolis, kuna A. Šamin ja S. Krivobokova (Moskva) tutvustasid valkude kristalliseerumise avastamist C. Rei-cherti poolt Tartus.

Teisel istungil räägiti kirurgia ajaloost. A. Oborin (Lvov) käsitles Tartu kirurgia-koolkonna osa jäsemete kirurgia arengus möödunud sajandi Venemaal. Tema ettekan-dest selgus, et esimest korda Venemaal hakati luumurdude korral rakendama luusisest fik-satsiooni metallvardaga just Tartus. A. Ki-viku ja V. Kalnini arhiivimaterjalide põhjal koostatud töös käsitleti narkoosi uuri-

mist ja rakendamist Tartus aastail 1847... 1848. L. Hnohi ja M. Suhhodrevi (Riia) ettekandes anti ülevaade A. Liepukalnsi tegevusest, kes oli Tartu ja Moskva koolkondade traditsioonide jätkaja kirurgia alal Nõukogude Lätis. I. Soomere (Gussev) tutvustas L. Puusepa tegevust sõjaväearstina, J. Kuljabko (Leningrad) aga N. Pirogovi kohta leiduvaid materjale NSV Liidu Teaduste Akadeemia arhiivis. Tartu ülikooli kasvandiku J. Szymanovsky osa plastilise kirurgia arendamisel analüüsis M. Lõvi, kuna M. Rosovtsevi osast apenditsiidi ja W. Zoege von Mannteuffeli ning tema koolkonna tööst ägeda üleuse tekke teooria ja praktika täiendamisel rääkisid M. Jelkin ja A. Loit (Leningrad). T. Šiurkus (Kaunas) rääkis kirurgia arengust Leedus.

Viimasel istungil oli kõne all Tartu ülikooli osa arstide kaadri ettevalmistamisel Venemaa teiste kubermangude jaoks ning meedikute osavõtt revolutsioonilisest liikumisest. S. Biziulevičius (Vilnius) tutvustas leedu rahvusest arste, kes olid õppinud Tartu ülikoolis, R. Surmanidze (Batumi) aga Tartus õppinud Gruusia arste-revolutsionääre. H. Gustavson kõneles Eesti apteegiteenistujate organisatsioonilisest tegevusest revolutsioonilistel aastatel 1905... 1907 ja Oktoobrirevolutsiooni eel. V. Kalnini, A. Loidi ja R. Loidi ühise ettekande teemaks oli Tartu ülikooli kasvandike ja õpetlaste panus nõukogude tervishoiu rajamisel ja arendamisel Venemaal pärast Oktoobrirevolutsiooni. A. Dirbe (Riia) valgustas unustatud lõiku O. Huhni tegevusest psühhiaatria õpetamisel ja psüühiliste haigete teenindamise parandamisel Baltimaadel. B. Schamardin andis ülevaate Eesti meditsiinikirjandusest selle tekke perioodist kuni XIX sajandi alguseni.

Osa ettekandeid põhjustas diskussiooni, mille käigus anti kiitvaid hinnanguid ja tehti ka kriitilisi märkusi, esitati vastuväiteid ning täiendusi. Edaspidi otsustati korraldada arstiteaduse ajaloo kitsamate eriküsimuste kohta ka sümposioone. Järgmine, IX Baltimaade teaduse ajaloo konverents on 1972. aastal Vilniuses.

Viktor Kalnin

VIIES BALTI VABARIIKIDE PARASITOLOGIDE KONVERENTS peeti 22. ja 23. septembril 1970. a. Tartus.

Avasõna ütles Eesti Põllumajanduse Akadeemia prorektor N. Kozlov, sellele järgnes plenaaristung akadeemia aulas. Esiettekandes tõid O. Tamm ja K. Vassiljeva

andmeid parasitaarsete ja looduskoldeliste haiguste uurimisest Eesti NSV-s.

Et konverentsi programmis oli 77 Leedu, Läti ja Eesti arstiteadlase, veterinaari ning bioloogi ettekannet, jätkus töö sektsioonides helmintoloogia, protozooloogia, metsikult elavate loomade ja taimeparasitide alal. Meditsiiniküsimustest leidsid arutlemist difüllobotriosis (O. Tamm ja K. Vassiljeva), askaridoos (I. Štšerbakov kaasautoritega), trihomonoos (J. Terasmaa kaasautoritega), lambliosis (G. Montvilaite jt. Leedu NSV arstiteadlased), toksoplasmooos (A. Jõgiste kaasautoritega) ja amöbioos (P. Tšibiras). Malaariatõrjet Eestis käsitles allakirjutanu kaasautoritega. K. Vassiljeva ja M. Tšernišova iseloomustasid Eesti NSV kagu aladel asuvat puukentsefaliidi looduslikku kollet, E. Peikre aga peatus ornitoosikollete tekkimise mõnedel ökoloogilistel teguritel.

Rapla Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama epidemioloog M. Terasmaa kaasautoritega kirjeldas trihhinelloosi haigestumise juhte, mis olid tekkinud veterinaarselt kontrollimata metssealiha söömisel. Trihhinelloosi aktuaalsusele viitas ka E. Pebseni uurimistöök, kes trihhinellasid on leidnud veel hundil, kährikkoeral, mägral, rebasel ja ilvesel.

Konverentsi resolutsioonis rõhutati muu kõrval Läti NSV mõningat mahajäämüst parasitoloogias ja sellealase uurimistöök laiendamise vajadust vabariigis. Konverentsi materjalid avaldati Eesti Põllumajanduse Akadeemia teaduslike tööde kogumikus.

Järgmine Balti vabariikide parasitoloogia-konverents otsustati korraldada 1973. a. Leedu NSV-s.

Hendrik Pihl

ÜLELIIDULINE PSÜHHOFARMAKOLOGIDE SÜMPOOSION peeti Leningradis 10. kuni 12. juunini 1970. a. Arutati antidepressantide toime farmakoloogilisi mehhanisme. Osavõtjate hulgas olid tuntud psühhiaatrid ja psühhofarmakoloogid NSV Liidust ning küllalised Ungarist, Poolast ja Bulgaariast.

Avasõnas rõhutas V. M. Behterevi nim. Psühhoneuroloogiainstituudi direktor M. Kabanov probleemi tähtsust, sest depressiivsete seisundite esinemissagedus on suurenenud, nende ravi aga on raskendatud tõhusate antidepressantide vähesuse tõttu. Sümpoosioni peateemad olid järgmised: antidepressantide aktiivsuse hindamine loomkatsetes, antidepressiivse toime biokeemilised alused, üksikute ajustruktuuride osatähtsus depres-

siivsete seisundite tekkes ja antidepressantide kliiniline farmakoloogia. Juhtivaks teguriks depressioonide tekkes peetakse muutusi peaju serotoniin- ja adrenergilistes protsessides. Koliinergiliste protsesside osatähtsust on vaja täpsustada, kuigi mitmete afektiivsete seisundite triggerina on atsetüülkoliini juhtiv osa ilmne. Tähtis osa on limbiliste struktuuride aktiivsuse muutustel.

Sümposioonil rõhutati terminoloogia, meto-doloogia ja ravi taktika ühtlustamise vaja-dust. Mitmes ettekandes käsitleti antidepressantide kasutamisel tekkivaid tüsistusi. Veelgi ettevaatlikumalt tuleb raviks määrata monoaminooksüdaasi blokaatoreid. Ettevaatlikult ordineeritagu psühhofarmakone vanematele inimestele ja lastele. Pikaajaliste ravi-kuuride puhul peetagu silmas, et paljud psüh-hofarmakonid võivad kauaaegsel tarvitamisel põhjustada depressiivseid seisundeid, mis on raskesti ravitavad. Enesetunnet ja meeleolu parandavate preparaatide ordineerimisel tuleb arvestada harjumuse tekke võimalust.

Üksmeelselt märgiti, et depressiivses sei-sundis haige ravi olgu võimalikult kompleksne ja lisaks antidepressantidele on olenevalt sei-sundist vaja kasutada ka preparaate, mis stimuleerivad või pärsivad serotoniin-, adren-ergilisi või koliinergilisi süsteeme. Sageli on otstarbekas kombineerida neuroleptikume, trankvilisaatoreid, sedatiivseid ja üldtugev-davaid vahendeid. Et hinnata ravi näidustusi ja toimet, peaksid psühhiaatriklinikus olema suuremad võimalused kõrgema närvitegevuse, mootorsete ja vegetatiivsete funktsioonide uurimiseks ning biokeemilisteks analüüsideks. Tunduvalt tihedam peaks olema psühhiaatri ja (psühho)farmakoloogi koostöö.

Tartlastelt oli kaks ettekannet: L. Allik-metsa «Mandeltuuma osatähtsusest depres-sioonide tekkes ja antidepressantide toimes» ning V. Vahingu, L. Mehilase ja L. Allikmetsa «Antidepressantide toime neurokeemilised alused».

Sümposiooni materjalid on avaldatud ko-gumikus.

Lembit Mehilane

IX RAHVUSVAHELINE ANATOOMIDE KONGRESS (*Congressus Anatorum Interna-tionalis IX*) korraldati 17. kuni 22. augustini 1970 Leningradis. Teemaatika hõlmas kõiki makro- ja mikromorfoloogiaga tegelevaid tea-dusharusid.

Kongressi president akadeemik D. Ž d a -nov, NSV Liidu tervishoiuminister B. Pet-rovski jt. esinejad rõhutasid avaplenaar-

istungil, et tänapäeval on morfoloogiat uuri-vate teadusharude osatähtsus suur. Need on kiiresti arenevad teadusharud, mis uurivad organismide ehitust nii rakkude, kudede kui ka elundite tasemel. Tsüto- ja histokeemilised, autoradiograafilised ning elektronmikroskoopi-lised uurimismeetodid võimaldavad tänapäeva morfoloogidel organismi ehitust uurida mole-kulaarsel tasemel. Kaob terav piir normaal-ja patomorfoloogia vahel. Morfoloogid on või-melised suuresti abistama meditsiinipraktikat mitmete haigusseisundite etioloogia ja patoge-neesi väljaselgitamisel, näiteks molekulaar-bioloogilised ja tsütoloogilised uurimised viro-loogias ning onkoloogias, tsütogeneetilised uurimised, regeneratsiooni- ja põletikuprot-sessi mõjutatavuse uurimine jne.

Kongress oli ülemaailmne morfoloogide foorum, mis andis ülevaate mitmete teadus-alade uurimissuundadest. Kongressist võttis osa üle 1500 välisdelegaadi 56 riigist. Kokku oli väliskülalisi üle 3000. Kongressi ametli-keks keelteks olid vene, inglise, prantsuse, saksa ja hispaania keel, kuid enamik külalistest esitas ettekanded inglise keeles. Meie vabariigist võtsid delegaatidena osa ja esita-sid uurimiste tulemusi 8 Tartu teadlast: Ü. Hussar, H. Kübar, J. Kärner, E. Lepp, K. Pöldvere, J. Tehver, A. Truupõld ja allkirjutanu.

Programmis oli ligikaudu 1400 ettekannet. Istungid peeti 12 sektsioonis ja veel 6 süm-posioonil. Töö toimus kõigis sektsioonides üheaegselt. Võiks nimetada histoloogia, tsüto-loogia, aju anatoomia, üldise neuroanatoomia, siseelundite anatoomia jt. sektsioone. Kõrge taseme poolest paistsid silma sümposi-onid järgmistel teemadel: morfoloogia ja matemaatika, regeneratsiooni regulatsiooni-mehhanismid, ekstreemsete tegurite mõju elundite ja kudede ehitusele, meeste sugu-elundite morfoloogia.

Ettekanded olid enamasti mitme autori koostöö vili, oli uuritud kompleksel meeto-dil, alates makroskoopilisest vaatlusest kuni autoradiograafiani ja tsütokeemiliste uuringu-teni elektronmikroskoopia abil.

Istungid peeti Tauria palees, plenaaristun-gid aga esinduslikus kontserdisaalis «Okt-jabrskaja».

Kongressile esitati kinnitamiseks rahvus-vaheline unifitseeritud ladinakeelne histo-loogia- (*nomina histologica*) ja embrüoloogia-alane nomenklatuur (*nomina embryologica*).

Kongressi ajal oli avatud uusima aparatuuri näitus. Nõukogude tööstusettevõtete kõr-val võtsid näitusest osa ka välisfirmad.

Ülo Arend

SKANDINAAVIAMAAD VI LASTEKIRURGIDE KONGRESS toimus 11. kuni 13. juunini 1970. a. Turus. Sellest võttis osa ka rühm Eesti NSV lastekirurge. Kongressil käsitleti jämesoole- ja südamekirurgiat lastel.

Kongressi avas Skandinaaviamaade lastekirurgide ühingu president O. K n u t r u d. Ta andis ülevaate lastekirurgiast ja rõhutas, et seoses anestesioloogia arenguga, aparatuuri ning operatsioonitehnika täiustamisega tehakse varajases lapseas üha keerulisemaid operatsioone, muu hulgas ka südameoperatsioone, ja siirdistutatakse elundeid.

Esimese istungi ettekanded puudutasid jämesoolekirurgiat. G. Grotte andis ülevaate pärasoole atreesiate klassifikatsioonist. Andmeid pärasoole atreesia 60 juhu kohta Turu ülikooli lastekirurgiakliinikus esitas B. Thomasson. I. Freiberg käsitles samalaadseid juhte Tallinna Vabariikliku Haigla andmeil. Põhiseisukohad ja ravitaktika meil ei erine teistes maades kasutatavast, kuid rakendame vähem objektiivseid uurimismeetodeid diagnoosimisel ja hilistulemuste hindamisel.

Teisel istungil olid eri temaatikaga ettekanded. K.-V. Parkkula inen kirjeldas uretroskoopiat ja aparatuuri, mis võimaldab fotografeerida kusiti ja kusepõie limaskestast muutus lastel. Üks ettekanne käsitles neeru siirdistutamist lastel (7 juhtu Helsingist); sooleverejooksu tõttu üks laps suri, ülejäänud paranesis. Uurimist nõuavaks probleemiks peetakse immunoloogilist sobimatust. Ühes ettekandes (Norra) käsitleti kusejuha alumise osa läbimatus 22 juhtu, kusjuures kirurgilise ravi valikmeetodiks peetakse ahenenud osa resektsiooni koos *uretero-neo-cystostomia*'ga.

Kolmanda istungi teemaks oli südamekirurgia varajases lapseas. Ülevaate südamekirurgia arengust Helsingis andis M. Sulamaa, kes viitas kirurgilise ravi diapasoni laienemisele pärast 1953. a., mil anestesioloogia areng, intensiivraviosakonna rajamine ja tehnilise baasi täiustamine võimaldasid opereerida varaalasi lapsi. Juba esimesel elukuul sondeeritakse südant, opereeritakse nii suletud kui ka avatud südamel. Arutlusel olid radikaalsed ja palliatiivsed operatsioonid kaasasündinud südamerikete puhul ja operatsioonitehnika detailid.

Eesti NSV lastekirurgidel oli võimalus käia Helsingi ja Turu lastekirurgiakliinikutes, luua kontakte ning vahetada kogemusi.

Inga Freiberg

IV ÜLEMAAILMNE GASTROENTEROLOOGIDE KONGRESS toimus 12. kuni 18. juulini 1970. a. Kopenhaagenis.

Kongressi avas Taani kuningas Friedrich IX. Programmis olid sümposioonid, nelja aasta ülevaated, ettekanded, filmid ja näitused. 13 sümposioonil olid arutlusel soole lokaalsed immunoglobuliinid, soole limaskestast ensüümid, jämesoole polüübid ja polüpoosid, ultseroosne koliit ja Crohni tõbi, gastrointestinaalse vähi kemoteraapia, söögitoru patofüsioloogia, gastriit ja maohaavand, maovähi varajane diagnoosimine, vagotoomiajärgne sündroom, pankrease sekretsiooni regulatsioon, maksa transplantatsioon, maksakooma, maksa elektronmikroskoopiline uurimine.

Nelja aasta ülevaateid (kokku oli neid 12) esitasid Londoni, New Yorgi, Chicago, Göttingeni jm. suurte uurimiskeskuste teadlased ning nende loenguis oli vaatluse alla võetud mao funktsionaalsete testide kliiniline kasutamine, maohaavandi kirurgiline ravi, ultseroosne koliit, troopiline spruu, peensoole floora patofüsioloogiline tähtsus, Crohni tõbi, pankreatiidi etioloogia ja patogeenes, kõhunäärmevähi varajane diagnoosimine, akuutse maksakahjustuse põhjused ja patogeenes, maksatsirroos tänapäeva kontseptsioonide valguses, primaarne maksavähk, mao staas kui üks maohaavandi põhjusi.

Viies sektsioonis kuulati kokku 592 ettekannet, neist NSV Liidu teadlastelt viis, nimelt K. Virsaladze jt. «Mao limaskestast mikroelementidest kroonilist gastriiti ja haavandtõbe põdevatel haigetel», A. Belousovi jt. «Mõnedest seedetrakti uurimise tulemustest raadiotelemeetrilise süsteemi vahendusel», A. Loginovi «Müokardi kontraktilne funktsioon ja hemodünaamika muutused maksatsirroosi puhul», N. Mansurovi jt. «Elektroentsefalograafia maksakahjustuste korral» ja V. Saarma «Hilistüüpi immuunsusreaktsioonidest krooniliste maksahaiguste korral.»

Filmid käsitlesid peamiselt kirurgilist tehnikat. Näitusel eksponeeriti uuemat meditsiiniaparatuuri, gastroenteroloogiaalast kirjandust ja ravimeid.

NSV Liidust olid kongressil delegaadina professor V. Vassilenko ja turistidena veel kümme teadlast.

Istungitest vabal ajal tutvuti Kopenhaageniga, külastati muuseumi ja käidi Helsingöris Hamletti lossis.

Valve Saarma

ŠALVA GULORDAVA 50-AASTANE

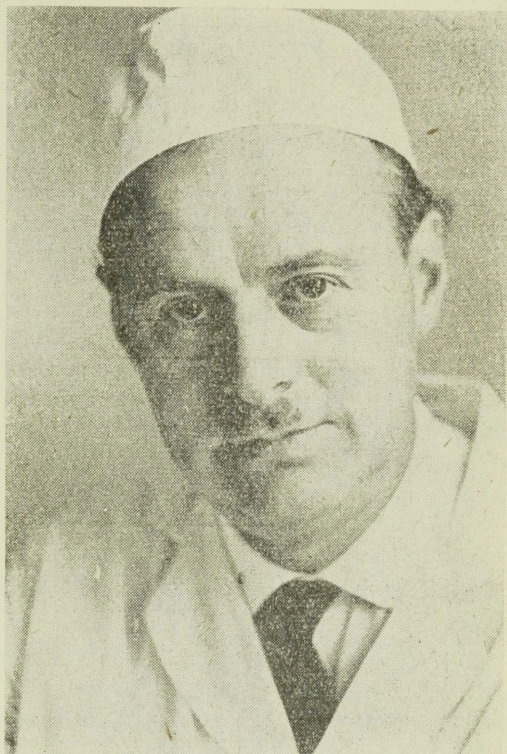
16. septembril 1970 sai viiekümne-aastaseks Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peakirurg ja õpetatud nõukogu esimees Š. Gulordava.

Šalva Aroni p. Gulordava sündis 1920. aastal Gruusias. Juubilari sünnilinn Zugdidi asub Musta mere sel legendidest põimitud rannikualal, mis kreeka antiikkirjandusest on tuntud Kolhise nime all, kuldvillaku ja Medeia kodumaal. Isa agronoomiameti tõttu ei püsinud perekond kaua ühel kohal. Algkooli lõpetas Š. Gulordava Zugdidis, keskkooli (kiitusega) M. Tshakaja linnas, seejärel asus Gagrasse ja hiljem Suhhumi. Erihariduse sai ta Tbilisi Riiklikus Meditsiiniinstituudis.

Instituudi lõpetamine 1942. aastal langes Nõukogude Liidule raskesse aega — Saksa fašistlikud väed olid juba Staligradis. 3. septembril sooritas Š. Gulordava viimase eksami, 5. septembril aga istus mobiliseerituna juba rongis. Kui ta väeossa jõudis, selgus tema suureks ja kaugeltki mitte meeldivaks üllatuseks, et oli sattunud Eesti rahvuskorpuse. Eestist teadis noor kaukaaslane ainult seda, mis oli meelde jäänud õpikutest, ja Paul Kerese nime, mida ta malehuvilisena tundis hästi. Vähe sellest, et ta sõnagi eesti keelt ei mõistnud — ka vene keel tegi talle suuri raskusi. Juba üsna varsti omandas ta aga mõlemast keelest nii palju, kui tööks operatsiooni- ja sidumisrühma kirurgina hädapärast vaja läks.

Eesti Laskurkorpuse 267. üksikus meditsiinilis-sanitaarpataljonis tegi Š. Gulordava meie rahvuslike väeosade võitlustee algusest lõpuni kaasa. Seal pani ta aluse oma 28-aastasele kirurgistaazile, seal võeti ta 1943. aastal NLKP liikmeks, sealt, ühisest võitlusest ja verevendlusest juurduvad ka need nähtamatud sidemed, mis teda hilisema töö, abielu ja sõpruse kaudu veelgi tugevamini meie vabariigi, tema maa ja rahva külge on köitnud.

Juubilari enda arvates on tema eluluugu üpris lühike: ülikool (unustama-



tud muljed Kaukaasia kirurgiakorüfeest professor N. V. Antelavast) — sõda — Tallinna Vabariiklik Haigla — Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium.

Ministeeriumi tuli Š. Gulordava 1950. aastal kaadriosakonna juhatajaks. Sel ametikohal võttis ta kuue aasta kestel osa vabariigi tervishoiuvõrgu taastamisest ja väljaehitamisest. Ministeeriumi peakirurgiks nimetati ta augustis 1961. Sellest ajast tänini on ta olnud kõige tihedamini seotud tööga, mis meie vabariigis on tehtud spetsialiseeritud kirurgilise abi, sealhulgas ka südame- ja veresoonte- ning kopsukirurgia arendamiseks, voodifondi paremaks kasutamiseks kirurgia seisukohalt, anestezioloogiategenistuse loomiseks ja süsteemaatiliseks võitluseks terminaalsete seisunditega.

Peakirurgi töö lähtealaks on saanud Tallinna Vabariiklik Haigla, kus ta täidab konsultandi ülesandeid ning kus ta varemalt on töötanud kirurgiaosakonna ordinaatorina ja peaarsti asetäitjana ravi alal. Seal on ta teinud sadu edu-

kaid kõhuõõne- ja rindkereoperatsioone, nende hulgas esimesena vabariigis vast-sündinute söögitoru- ja sapiteede ope-ratsioone atreesiate puhul.

Š. Gulordava on meedikuna väga mit-mekülgne. Õnnelikult on ta osanud ühendada praksise organisatsioonilise töö ja teadusliku tegevusega. Ta on trükis avaldanud 80 (kolm neist mono-graafilist laadi) teaduslikku tööd. 1962. aastast on ta arstiteaduse kandidaat. Juhendanud kaht kandidaadidissertat-siooni. Viis tema ratsionaliseerimissete-panekut on kirurgiapraktikas kasutusele võetud.

Ministeeriumi õpetatud nõukogu esi-mehe ülesandeid täidab juubilar suure kohusetundega. Seal on ta lähema tule-viku sihiks seadnud meie uurimisasu-tuste hädavajaliku laiendamise, onko-

loogia-, hügieeni- ja kaugemas tulevikus võib-olla ka torakaal- ja abdominaal-kirurgia instituudi asutamise, lühidalt öeldes soodsamate võimaluste loomise uurijatele selleks, et vabariigi mediti-siinipraktikat tervenisti soliidsele tea-duslikule alusele seada.

Š. Gulordava on Eesti NSV Kirurgide Seltsi esimees, NSV Liidu Kirurgide, Traumatoloogide ja Ortopeedide Seltsi juhatuse ning ajakirja «Хирургия» toi-metuse nõukogu liige. Teda on autasus-tatud Punase Tähe ordeniga ja medaliga «Eeskujuliku töö eest». Teenete eest tervishoiu ja meditsiinilise teenindamise arendamisel andis Eesti NSV Ülemnõu-kogu Presiidium talle oma seadlusega 10. septembrist 1970 teenelise arsti au-nimetuse.

ANNA KALAMEES 70-AASTANE

23. septembril 1970 täitus 70 aastat Anna Kalamehe sünnist. Ühtlasi võime teha kokkuvõtteid tema arstitööst 42 aasta jooksul.

A. Kalamees sündis Viljandimaal Kabala vallas talupidaja peres kuuenda lapsena. Pärast alghariduse täiendamist

Põltsamaal alustas ta tööd Laeva alg-kooli juhatajana. Peagi viis pürgimus hariduse järele noore õpetajanna Vil-jandisse Eesti Haridusseltsi Tütarlaste Gümnaasiumi, selle lõpetamise järel Tartu ülikooli arstiteaduskonda. Oman-danud 1928. a. arstidiplomi, asus A. Ka-lamees tööle Tartu linna ja maa Tiisikuse Vastu Võitlemise Seltsi nõuand-lasse. Aastail 1931...1936 töötas ta Taheva Lastesaanatooriumi arstina, täiendades oma teadmisi nii tuberkuloosi kui ka stomatoloogia alal mitmes välis-riigis. 1940. a. määrati juubilar tööle Tallinna, kus ta oli üks Imikute ja Väikelaste Sanatooriumi (Rahvamaleva tänavas) organiseerijaid ja rajajaid. Selle sanatooriumi peaarstina ja laste-kaitse inspektorina Tallinna Linna TSN Täitevkomitee tervishoiuosakonnas töö-tas A. Kalamees kuni pensionile mine-kuni 1963. a.

A. Kalamehe väsimatu töö võitluses tuberkuloosi vastu on tunnustust leid-nud. 1950. a. autasustas Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidium teda aukir-jaga.

A. Kalamees on energiliselt kaasa löö-nud ühiskondlikus töös. 1948. a. valiti ta Tallinna Linna Tööraha Saadikute Nõukogu saadikuks.

Pensionile minnes oli A. Kalamehel seljataga 35 aastat rasket ja vastutus-



rikast tööd. Kuid käsi rüpes hoida ja teenitud puhkust pensionärina nautida, see ei ole juubilarile loomukohane. Koltunud vandlehelt, millele A. Kalamees juba üle 40 aasta tagasi on allkirja andnud, on lugeda, et allkirjutanu lubab «... oma südametunnistuse järgi ausasti täita kõiki neid kohustusi, mis minu kätte usaldatud amet mulle peale paneb.» Küllap eelkõige südametunnistuse sunnil on ta läinud ka pensionärina sinna, kus teda hädasti vajati: 1964. a. Tahevasse peearsti asetäitjaks ja 1966. a. Kose sanatooriumi. Sellest aastast täna-

seni töötab A. Kalamees Tallinna Tuberkuloosidisperseri lastestatsionaaris, kus teda hinnatakse kui kohusetruud ning oma eriala armastavat arsti.

Töökaaslasena reibas ning heatujuline, teiste hädasid ja rõõmusid alati mõistev inimene, sellisena on Anna Kalamees pälvinud kolleegide, töökaaslaste ja endiste ning praeguste patsientide austuse.

Kõige selle hea eest tahamegi juubilaril tänada, soovida talle jõudu ning jaksu veel paljudeks aastateks.

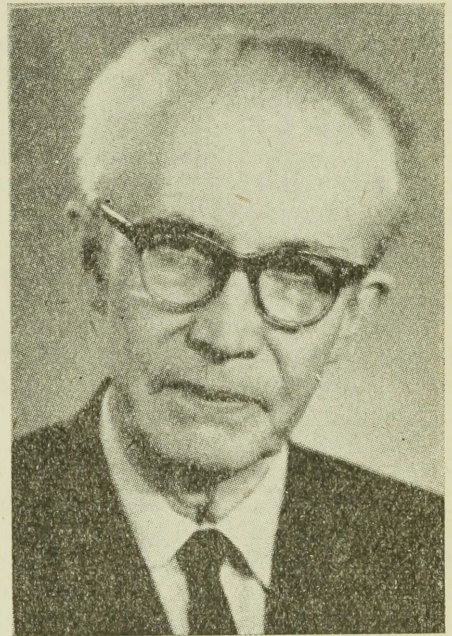
RIHO ROOTS 70-AASTANE

6. augustil 1970. a. sai 70-aastaseks patoloog-anatoom Riho Roots.

R. Roots sündis Jõelähtmes kooliõpetaja perekonnas. Alghariduse omandas ta isa juures Jõelähtme vallakoolis, keskhariduse Tallinnas. 1920. a. astus ta Tartu ülikooli arstiteaduskonda, mille lõpetas 1927. a. Algul töötas R. Roots Tartu Ülikooli Kohtuarstiteaduse ja Patoloogia Instituudis. Aastail 1929... 1930 täiendas end Austrias Grazi ülikoolis professor Carl Sternbergi juhendamisel.

Aastail 1931...1939 töötas R. Roots Tallinna Linna Keskaigla prosektouris, 1939. aastast alates 12 aasta jooksul Tartu ülikoolis prosektoarina, assistendina, vanemõpetajana ning hügieeni kateedri juhataja kohusetäitjana.

1950. aastast elab ja töötab juubilar Viljandis. Tema töökohaks on Viljandi Rajooni Keskaigla, kus osalise koormusega tegutseb patoloogina-anatoomina ka pärast pensionile siirdumist. R. Roots on 50 teadusliku töö autor. Ta on pidevalt läbi töötanud patoloogilise anatoomia kabineti lahangu materjalid ning esitanud ettekandeid rajooni elanike haigestumise ja surmapõhjuste kohta. Ühiskondlikust tööst on juubilar alati aktiivselt osa võtnud, ta on olnud Tartu, Tallinna ja Viljandi arstide seltside juhataja sekretär ja esimees. Teda on korduvalt valitud Punase Risti Seltsi ning ametiühingu



rajoonikomiteesse. Ühingu «Teadus» meditsiinisektsioonis tuntakse teda kui üht aktiivsemat lektorit.

R. Rootsile on hoolsa töö eest korduvalt kiitust avaldatud, aukirju antud ning teda on autasustatud medaliga «Ennatsalgava töö eest Suures Isamaasõjas aastail 1941...1945» ning rinnamärkidega «Sanitaarkaitse eesrindlane» ja «Tervishoiu eesrindlane».

Soovime juubilarile tervist, reipust ja tööindu nii erialases kui ka ühiskondlikus töös. Kõlaga puhkehetkedel veel kaua tema «hambapillilood»!

PRAKTILISE GASTROENTEROLOOGIA KÜSIMUSI *

UDK 616.33/.34(049.3)

Gastroenteroloogia arengus meie maal on märkimisväärseid saavutusi, millele on kaasa aidanud nii teaduslike seltside asutamine kui ka suurte üleliiduliste ja vabariiklike gastroenteroloogiakeskuste rajamine.

Gastroenteroloogiale osutatud tähelepanu on ka mõistetav, sest gastroenteroloogilised haiged on nii üldhaigestumuse kui ka hospitaliseerimise poolest esimeste hulgas.

Gastroenteroloogiaalases uurimises on suur panus Eesti NSV teadlastel. Retsepteeritav kogumik peegeldab vabariigi medikute tööd gastroenteroloogiapraktikas vaid osaliselt.

Kogumikus on erisuguse laadi ja meetodilise tasemega tööd. Kuid ühte probleemi, mille uurimisel Eesti NSV medikud on alati olnud auväärset kohal, on käsitletud küllalt ulatuslikult, s. o. organisatsioonilised küsimused arstiabi andmisel haigetele, eriti just gastroenteroloogilistele haigetele. Seetõttu ei ole juhuslik, et kogumiku juhtartikli autoriks on N. Elšteini, spetsialist terapeutilise abi organisatsiooni alal (haigete dispanseerimine, selle efektiivsuse hindamine jms.). Artiklis «Spetsialiseeritud abi gastroenteroloogilistele haigetele» on organisatsioonilisi küsimusi veelgi edasi arendatud. N. Elšteini seisukohad ja Eesti NSV meditsiiniautustuste kogemused gastroenteroloogiakabinettide ja -osakondade rajamises, spetsialiseeritud gastroenteroloogiliste vastuvõttude korraldamises jms. väärivad tähelepanu ja põhjalikku tundmaõppimist.

Teises artiklis tõstatab N. Elšteini gastroenteroloogia tähtsa küsimuse — haigete ravimise kvaliteet polikliinikus. Et kolm neljandikku haigetest uuritakse ambulatoorselt, siis on polikliiniku töö täiustamine tingimata vajalik. Autor on esitanud haigete ambulatoorse teeninda-

mise kvaliteedi hindamise meetoodika, mis võimaldab saada objektiivsed kriteeriumid töö tulemuste analüüsiks. Niisuguste uurimistööde tähtsus ei vaja kommentaare. Tuleb N. Elšteinigagi täiesti nõustuda selles, et haigete laboratoorse ja instrumentaalse uurimise praeguste võimaluste juures on polikliinikus sageli üle hinnatud duodenaalsondeerimise andmete tähtsust kroonilise koletsüstiidi ägenemise juhtude diagnoosimisel, et kroonilist gastriiti diagnoositakse vähemotiveeritult ja et alahinnatakse sooltehaiguste osatähtsust.

Samuti on kogumikus vaatluse all haavandtõbe põdevate haigete dispanseerimine (R. Sein, L. Maurer) ja gastroenteroloogiliste haigete ravi pidevus (N. Elšteini ja V. Davidovitš). Kogumiku artiklid tunnistavad veenvalt, et meditsiinilise abi kvaliteedi ja järgivuse süstemaatiline analüüs on tähtis tegur arstiabi täiustamisel.

Suurt teaduslik-praktilist huvi pakub E. Vagase uurimus, milles käsitletakse Eesti NSV elanike toitumise ratsionaalsust. Puudused toitumises — rasvade ja suhkru suur osatähtsus ning vitamiinide ja mineraaloolade mitteküllaldane hulk toidus aed- ja puuvilja vähese tarvitamise tõttu — on nähtavasti iseloomulikud mitte ainult Eesti NSV elanikele.

Kogumikust nähtub, et laboratoorne ja instrumentaalne uurimine gastroenteroloogiliste haiguste diagnoosimisel vabariigis on küllaldaselt hea. Diagnoosimisel ja teaduslikus uurimistöös kasutatakse gastroskoopiat (I. Rätsep), elektrogastrograafiat (N. Stepovik), raadiotelemeetriat (L. Rakitskaja), aspiratsioonibiopsiat mao ja soolte limaskestas seisundi uurimisel (G. Albova ja kaasautorid, E. Rozenbaum) jm. Tuleb täiesti nõustuda I. Rätsepa ettepanekuga, et fiibergastroskoobiga võib uurida ka eakaid inimesi, samuti resetteeritud maoga haigeid, kusjuures seda võib teha ambulatoorselt. Kliinilises praktikas

* Вопросы практической гастроэнтерологии. Сборник научных работ. Отв. ред. Н. В. Эльштейн. Таллин, 1970.

peab veelgi ulatuslikumalt kasutama elektrogastrograafiat (N. Stepovik) ja ambulatoorses praktikas aspiratsioonibiopsiat (E. Rozenbaum).

Välismaal ja samuti meil on märgatavalt suurenenud huvi parenteraalsete maosekretsiooni ärritite vastu, mida puudutavad ka mõned kogumiku uurimused. Kõrget hinnangut väärivad eelkõige V. Salupere ja kaasautorite töö sünteetilise gastriini (peptavlooni) kliinilisest kasutamisest. Töös on veenvalt näidatud, et peptavloon on insuliinist märgatavalt tugevam maosekretsiooni ärriti, kusjuures selle maksimaalne toime ilmneb uuringu esimese tunni jooksul ning preparaat ei põhjusta mingeid kõrvalnähte. Autorid viitavad ka peptavlooni ja insuliini erinevale toime mehhanismile. Peptavloon toimib maorakkudesse vahetult, insuliin aga kaudselt, uitnäarvi kaudu. See määrab nende ainete tähtsuse maosekretsiooni häirete mehhanismi selgitamisel.

N. Haugi ja E. Londi kolmes artiklis täpsustatakse insuliini kui maosekretsiooni ärriti efektiivne annus ja antakse hinnang manustamise viisidele. Sellel on suur praktiline tähtsus.

O. Kurtenkovi töös maomahla makromolekulaarsetest ainetest torkab silma selle kõrge meetoodiline tase. Töö võimaldab saada veelgi selgema ettekujutuse mitmete maohaiguste lokaalsetest patogeneetilistest mehhanismidest.

Hea mulje jääb klinitsistide H. Pärna, G. Semjonovi jt. töödelt. Vaatamata gastroenteroloogia edusammudele ja tänapäeva laboratorsete ning instrumentaalsete uurimisviiside laialdasele kasutamisele, püsivad diagnoosimise täiustamine, haige iseärasuste arvestamine ikkagi aktuaalsetena. Ses suhtes veenvaid andmeid esitab oma töös Š. Gulordava: haavandtõve tüsistuste tõttu surnud haigetel oli kliiniliste ja patoloogilis-anatoomiliste diagnooside lahknevus 26,3%! Seetõttu peab mao- ja kaksteistsõrmiksoolehaiguste eri vormide diagnoosimise viiside täiustamine endiselt olema klinitsistide ja tervishoiuorganisaatorite tähelepanu keskpunktis. Haavandtõve diagnoosimise vigade mõnede põhjustele juhib tähelepanu V. Rõžkov, ehkki vaevalt saab nõustuda autori kinnitusega, et

«haavandtõbi formeerub peamiselt gastroduodeniidi kaudu» (lk. 71).

N. Bartelseni ja E. Soonetsi, R. Mi-rošnišenko, H. Pärna, E. Omeli jt. töödes analüüsitakse kliinilist pilti ja ravi mitme haiguse üheaegsel esinemisel.

Enteriitide ja enterokoliitide diagnoosimises, eriti varajases staadiumis, on mitmeid puudusi. E. Gibese andmeil jäävad nimetatud haigused kahel kolmandikul juhtudest polikliinikus diagnoosimata. Võib nõustuda autori kinnitusega, et kroonilise enteriidi ja enterokoliidi diagnoosimise parandamiseks tuleb polikliinikus laialdasemalt kasutusele võtta koproloogiline uuring, määrata rooja rasvasisaldust, kaltsiumisisaldust vereseerumis ning teha proteinoogramm. Kahjuks ei valgusta autor niisuguseid enteriitide diagnoosimise meetodeid nagu aspiratsioonibiopsia ja raadiotelemeetiline uuring.

Kogumikus on ka artiklid, milles käsitletakse maohaiguste ravi originaalsetel meetodidel. V. Rõžkovi ja M. Perepjolkina andmeil on kroonilist gastriiti põdevate haigete ravimisel mõjusaks meetodiks mao limaskesta niisutamine ravimilahustega. Tähelepanu väärivad G. Kljubini ja kaasautorite ettepanek rakendada mao ja kaksteistsõrmiksoole verejooksude korral mao lokaalset hüpotermiat. Autorid konstrueerisid originaalse ja hästi käsitletava aparadi, mida on edukalt kasutanud 11 gastroduodenaalse verejooksuga haige ravimisel. Meditsiinipraktika seisukohalt pakuvad suurt huvi U. Sibula ja kaasautorite artiklid, milles käsitletakse haavandtõbe põdevate haigete kirurgilist ravi.

Š. Gulordava ja kaasautorite arvates võib apenditsiidi tekke üheks põhjuseks olla allergia. See väärivad tähelepanu ja äratavad huvi teoreetilisest aspektist. Kuid küsimus, kas organism immunoloogiliselt korraldub ümber enne lokaalseid muutusi või haigusprotsessi ajal, jääb ikkagi lahtiseks. Nähtavasti aitavad täiendavad uuringud autoritel oma seisukohti apenditsiidi kohta selgemini formuleerida.

Huvitavad ja õpetlikud on üksikute haigusjuhtude kirjeldused (A. Lukaš, N. Haug ja E. Lond).

M. Kassi ja I. Rätsepa artiklis ei ole näidatud pankreatiidi staadiumi ja vormi, mistõttu autorite järeldusega —

«kõhunäärme funktsionaalse seisundi hindamises ei ole olulist tähtsust diastasi nivoo määramisel veres ja uriinis» — on raske nõustuda.

Kogumiku koostamine on igati õnnestunud. Artikleid seob üks idee — paremustada spetsialiseeritud abi gastroenteroloogilistele haigetele. Põhjendatult võib konstateerida, et teaduslike tööde kogumik on tõend sellest tähelepanust, mida Eesti NSV-s on pööratud

gastroenteroloogiliste haigete meditsiinilise abi organisatsioonile. On rõõmutav, et gastroenteroloogia aktuaalseid probleeme uurib suur spetsialistide kollektiiv, millesse kuuluvad silmapaistvad teadlased, tervishoiuorganisaatorid ja praktiseerivad arstid. Just see ongi edasise edu pant.

*Üleliidulise Gastroenteroloogide
Seltsi presiidiumi liige
professor F. Komarov*

Leningrad

BIBLIOGRAAFILISI KARTOTEEKE MEDITSIINILISES RAAMATUKOGUS

Aeroionisatsioon. Elektroaerosoolid. Aerosoolravi. Ajakirjade artikleid aastast 1967...1969, vene keeles 13, võõrkeeltes 169 nimetust. Koostanud E. Kook.

Aordi ja magistraalarterite ateroskleroosiliste kahjustuste diagnoosimine ja kirurgiline ravi. Kirjandust aastast 1966...1967, vene keeles 31, võõrkeeltes 41 nimetust. Koostanud I. Kuldkepp.

Elektroentsefalograafilised uuringud psühhiaatrias. Kirjandust aastast 1965...1968, vene keeles 36, võõrkeeltes 55 nimetust. Koostanud L. Mäesalu.

Fonokardiograafia, südame tsükli kromograafia ja südame funktsiooni testid. Kirjandust aastast 1965...1966, vene keeles 24, võõrkeeltes 111 nimetust. Koostanud E. Kook.

Histamiini ja serotoniini osa allergias. Kirjandust aastast 1968...1969, vene keeles 19, võõrkeeltes 279 nimetust. Koostanud E. Kook.

Koolera. Monograafiaid, autoreferaate ja artikleid aastast 1960...1970, vene ja inglise keeles 56 nimetust. Koostanud J. Mürsepp.

Malabsorptsiooni sündroom. Ajakirjade artikleid aastast 1964...1966, võõrkeeltes 60 nimetust. Koostanud I. Kuldkepp.

Maosekretsioon. Mao limaskesta morfoloogia. Ajakirjade artikleid aastast 1965...1966, võõrkeeltes 146 nimetust. Koostanud I. Kuldkepp.

Silma traumad ja kahjustused. Monograafiaid ja autoreferaate aastast 1943...1967, vene keeles 40 nimetust. Koostanud L. Mäesalu.

Spirometria. Artikleid, autoreferaate, monograafiaid aastast 1961...1966, vene keeles 23, võõrkeeltes 56 nimetust. Koostanud E. Kook.

Spordimeditsiini küsimusi. Raamatuid ja artikleid aastast 1960...1968 (august), eesti keeles 3, vene keeles 116 nimetust. Koostanud L. Mäesalu.

Eduard Kook

Meditsiinitehnika

GAASIVAHETUSE UURIMISE APARAAT «TAMULA-1»

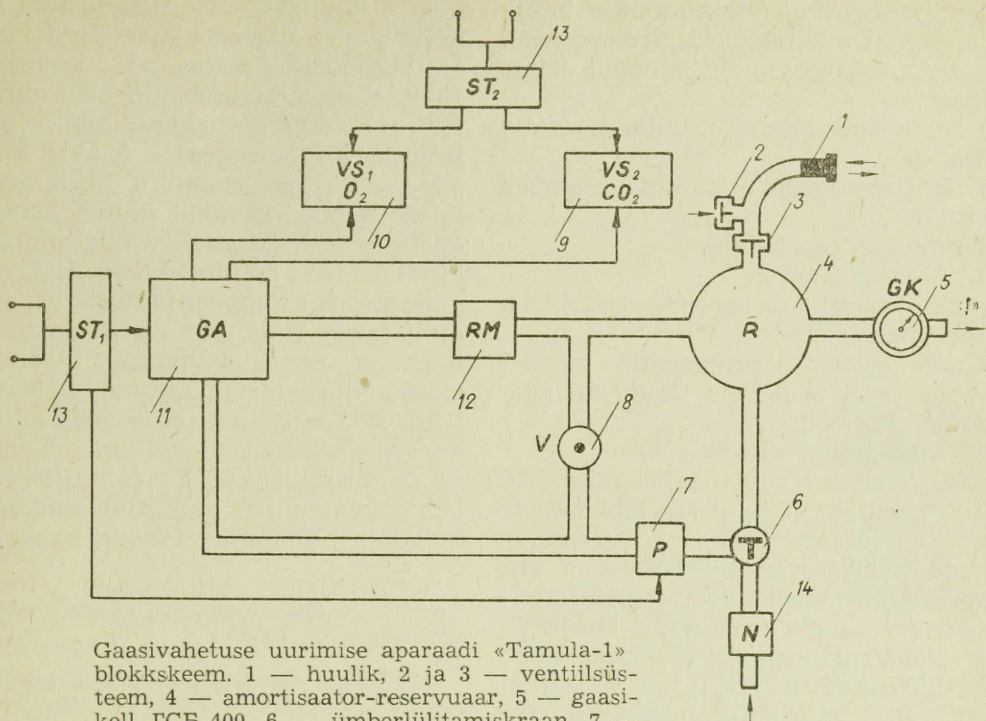
ELMUT LAANE
TONU ANTON
Võru

UDK 612.22

Tartu õpetlased Bidder ja Schmidt löid juba möödunud sajandil (1852. a.) õpetuse põhiainevahetusest.

Energiavahetuse määramine on uuesti aktuaalseks muutunud. Levinum on

kaudne kalorimeetria, mis põhineb energeetiliste protsesside hindamisel ühes ajaühikus kasutatud hapniku ja eritatud süsihappegaasi hulga alusel. Et Võrus toodetakse gaasianalüsaatoreid



Gaasivahetuse uurimise aparraadi «Tamula-1» blokk skeem. 1 — huulik, 2 ja 3 — ventiilsüsteem, 4 — amortisaator-reservuaar, 5 — gaasikell TCB-400, 6 — ümberlülitamiskraan, 7 — gaasipump MIIP1-68, 8 — ventiildosaator BP-2, 9 — vahelduvvoolusild MCP1-03, 10 — vahelduvvoolusild MCP1-03, 11 — gaasianalüsaator KMO-202, 12 — rotameeter PC-3A, 13 — stabilisaator, 14 — niisuti.

süsihappegaasi ja hapniku mahuprotsendi kindlakstegemiseks, tekkis meil võimalus ehitada gaasianalüsaatori KMO-202 alusel gaasivahetuse hindamise aparraat, mille kohta on välja antud ratsionaliseerimistunnistus. Esitame aparraadi põhimõttelise skeemi.

Gaasivahetuse uurimise aparraat «Tamula-1» koosneb järgmistest süsteemidest ja sõlmedest (vt. blokk skeem).

I. Huulik (1) ja ventiilsüsteem (2 ja 3). Ventiilsüsteem tagab välisõhu sissehingamise ja väljahingatud õhu liikumise amortisaatorisse (4).

II. Amortisaatoriks on narkoosiaparraadi hingamiskott. Amortisaatoris jaotatakse väljahingatud õhk gaasikella (5) ja õhupumba (7) vahel. Õhupumba abil juhitakse teatav osa väljahingatud õhust gaasianalüsaatorisse (11).

III. Ümberlülitamiskraan (6) võimaldab vastavalt vajadusele gaasianalüsaatorisse suunata kas väljahingatud õhku või kontrollgaasi (kindla koostisega spetsiaalselt valmistatud gaaside segu või välisõhk). Kontrollgaasi segu niisutatakse niisuti (14) abil.

IV. Ventiildosaator (8) võimaldab doseerida gaasianalüsaatorit läbivat gaasihulka. Kui gaasipump annab analüsaatorisse liiga suure gaasihulga, siis suurendatakse ventiili ava ja osa õhku läheb amortisaatorisse tagasi (gaas hakkab ringlema).

Gaasianalüsaatori läbinud õhu hulka mõõdetakse rotameetriga (12).

V. Gaasianalüsaatorist saabunud impulsid tehakse nähtavaks isekirjutavate vahelduvvoolusildade abil. Ühe silla (9) skaala on gradueeritud süsihappegaasi kontsentratsioonile (0...8%) ja teise silla skaala (10) hapniku kontsentratsioonile (13...20%). Mõlema skaala on gradueeritud 0,1%-lise täpsusega.

VI. Väljahingatud õhu hulka mõõdetakse gaasikellaga (5), aega stopperiga.

VII. Toite saavad gaasianalüsaator, vahelduvvoolusillad ja gaasipump stabilisaatori (13) kaudu.

Aparraati kasutatakse

1) väljahingatud õhu hulga mõõtmiseks;

2) väljahingatud õhus süsihappegaasi kontsentratsiooni määramiseks protsentides;

3) väljahingatud õhus hapniku kontsentratsiooni määramiseks protsentides.

Analüsaatoriga saadud andmeil arvutatakse

1) kasutatud hapniku hulk teatavas ajaühikus;

2) süsihappegaasi eritumine teatavas ajaühikus;

3) hingamiskoefitsient;

4) põhiainevahetus;

5) süsivesikute ja rasvade osatähtsus energiabilansis;

6) energeetiliste protsesside nihked koormuse ajal ja sellele järgneval restitutsiooniperioodil.

Töö aparaadiga «Tamula-1»

Pärast aparadi soojenemist juhitakse kontrollgaas analüsaatorisse läbi niisuti (14). Analüsaatoris olevad potentsio-meetrid häälestavad nii hapniku kui ka süsihappegaasisaldust registreeriva vahelduvvoolusilla vastavalt kontrollgaasi kontsentratsioonile. Pärast aparadi häälestamist juhitakse väljahingatud õhk ümberlülitamiskraani (6) kaudu analüsaatorisse, registreeritakse gaasikella näit ja käivitatakse stopper. Kuigi analüsaator näitab hapniku kontsentratsiooni juba 20 sekundit ja süsihappegaasi kontsentratsiooni 35 sekundit pärast gaasisegu suunamist analüsaatorisse, peab uurimine siiski kestma veel 6 minutit. See aeg lihtsustab mõningal määral arvutamist ja annab uuritava aega olukorraga kohaneda. Kui uurimine on lõppenud, registreerime jälle gaasikella ja analüsaatori näidud ning suuname analüsaatorisse kas välisõhu või spetsiaalse gaasisegu. Gaasisegu kasutame tavaliselt ainult üks kord, hiljem kasutame kontrollgaasiks välisõhku.

Gaasianalüsaatoriga oleme töötanud üle kolme aasta. Võru Rajooni Kesk-

haigla funktsionaalse diagnostika kabineti oleme aparati kasutanud 1968. a. 1. oktoobrist alates. 1. veebruarini 1970. a. oleme teinud üle 1300 uurimistsükli. Esialgsed uuringud tegime paralleelselt nii spirograafi (СГ-1) kui ka analüsaatoriga. Hapniku kulu arvutamise tulemuste vahel olulist erinevust ei ilmnenud. Et analüsaator võimaldab kindlaks teha ka hingamiskoefitsiendi ja määrata süsihappegaasisaldust väljahingatavas õhus, siis on põhiainevahetuse ja energiavahetuse määramine gaasianalüsaatoriga täpsem. Leiame, et KMO-202 alusel ehitatud gaasivahetuse uurimise aparaat on edukalt rakendatav nii teaduslikus kui ka praktilises töös. Uurimistulemusi mainitud aparaadiga töötamisel oleme avaldanud kahes töös.

KASUTATUD KIRJANDUS: Беркович Е. М. Энергетический обмен в норме и патологии. М., 1964.

РЕЗЮМЕ. Аппарат «Тамула-1» для исследования газового обмена. Э. Я. Лаане, Т. О. Антон. На базе газоанализатора КМО-202 (выпускается Выруским заводом газоанализаторов) сконструирован аппарат для исследования газового обмена человека. В статье дается принципиальная схема этого аппарата (см. рисунок).

Аппаратом можно определять в выдыхаемом воздухе содержание кислорода, углекислого газа и количество выдыхаемого воздуха в единицу времени.

По этим данным можно определить: 1. Количество усвоенного кислорода в единицу времени. 2. Количество выделенного углекислого газа в единицу времени. 3. Дыхательный коэффициент. 4. Энергетический или основной обмен. 5. По данным дыхательного коэффициента вычисляют значение углеводов и жиров в энергетическом балансе. 6. Изменения указанных показателей во время нагрузки и в период релаксации.

Võru Rajooni Keskaigla
Võru Gaasianalüsaatorite Tehas

Ringküsitlus

KAKS VASTUST KAHELE AKTUAALSELE KÜSIMUSELE

Pöördusime mitmete tervishoiutöötajate poole küsimustega:

1. Mida peate elanike meditsiinilise teenindamise parandamisel kõige tähtsamaks?

2. Mis teid töös kõige rohkem häirib?

Kuigi küsimus on esitatud vabariigi mastaabis, pean siiski vajalikuks lähendada eelkõige oma rajooni oludest. Nimelt on Võru rajoonis haiglavoodeid

kõige vähem, vabariigi keskmisest ainult 60%. Et voodikohti on vähevõitu ka teistes rajoonides, siis võib seda probleemi mõneti üldiseks pidada. Minu arvates on meditsiinilise teenindamise pa-



randamise peamisi teid voodikohtade arvu suurendamine. Kui on ette näha, et ravi kestab üle nädala, siis pean vajalikuks haiged hospitaliseerida. Sellega väldime paljude haiguste muutumise krooniliseks, teeme kõigile kättesaadavaks kvalifitseeritud ja spetsialiseeritud arstiabi ning anname polikliinikutele avaramad võimalused profülaktiliseks tööks.

Ka rahvamajanduses annaks kõikide kauem kui nädal ravitavate haigete hospitaliseerimine tunduvalt kokkuhoidu nii sotsiaalkindlustuse summade kokkuhoiu kui ka meditsiinkaadri koosseisude vähenemise arvel, sest spetsialiseeritud haiglates lüheneks ravi kestus oluliselt ja meditsiinitöötajate töö tõhustuks mitu korda. Haiglas suudab üks arst ravida 15... 20 raskelt haiget, polikliiniku jaoskonnaarstile aga käib juba kahe või kolme raskelt haige ravi mine kodus tihti üle jõu ja pealegi on tulemused halvemad kui haiglas. Ka kesk-eriharidusega meditsiinipersonali töö oleks mitu korda viljakam.

Elanike teenindamise parandamise teine oluline tegur on minu arvates tehnika ja teaduse saavutuste ulatuslik rakendamine meditsiinipraktikas. On vaja täiustada mitmesugust diagnoosimisel ning füsioteraapias kasutatavat aparatuuri.

On loomulik, et rahva tervise iga-külgset tugevdamist ja haiguste vältimist tuleb pidada meditsiini esimeseks ja kõige tähtsamaks ülesandeks. See-tõttu on vaja erilist tähelepanu pöörata kehakultuurile, tervetele eluviisidele, õigele ja täisväärtuslikule toitumisele jne.

Teisele küsimusele on üldiselt väga raske vastata. Minu arvates mõjuvad kahjulikult töö stereotüübi järsud muutmised, ootamatud, mitteplaanilised

lähetused, väljasõidud jne. Selleks kulutatud aeg tuleb vaba aja arvel hiljem tasa teha. Samuti häirivad mitmesugused majanduslikest töödest tingitud ajakulud. Olgu see siis ruumide remondi organiseerimine ja tihti mitte ainult organiseerimine, vaid ka nende remon-timine, tööks tarvisminevate vahendite hankimine jne. Meie varustusorganite tööga ei saa minu arvates rahule jääda.

Elmut Laane
Võru Rajooni Keskaigla kardioloog

Vastaksin meelsa-mini enne teisele küsimusele.

Hooldusõdede tööd häirib vahest kõige rohkem põetusvahendite puudus. Siibreid, uriinipudeleid, uriini mõõtmise nõusid jms.

on liiga vähe. Häda ei ole selles, nagu puuduks haiglatel raha nende ostmiseks. Raha jätkuks. Kuid juurde saab neid ainult range jaotuskava alusel.

Et kõige karjumast hädast kuidagi üle saada, laenatakse ja laenutatakse põetusvahendeid ühest osakonnast teise. Kuidas see haigete meeleolule ja personali töötajule mõjub, on vist kõigile selge. Selge peaks see olema ka varustusorganite töötajatele. Sest väga raske oleks uskuda, et põetusvahendite puudus on üldine ning et selle vastu ei saa midagi ette võtta. Möödunud suvel käisid meie haigla õed lõunas ja nägid, et Jaltas ja Simeisis on siibrid ja uriinipudelid apteekides vabamüügil, osta palju tahad.

Et jutt juba varustamisele on läinud — häirib ka sobivate tööjalatsite puudus. Toatuhvlite kandmine paneb jalad valutama, tööriietuse juurde sobivaid ja mugavaid valgeid rihmadega kingi õnnestub aga kauplustest harva osta. Kas ei oleks võimalik naisarste, õdesid ja hooldusõdesid nendega tsentraliseeritud korras varustada? Ma ei ütle sellega, et kingad peaks antama tasuta. Peaasi, et neid oleks võimalik saada.

Väga häirib suur füüsiline koormus. Väikese töötasu tõttu töötavad hooldusõed enamasti poolteisel kohal. Kui mõni neist haiguse, tööluusi või vallandamise tõttu välja langeb — kahjuks satub



hooldusõdede hulka palju juhuslikku elementi —, ületab koormus juba talutavuse piiri. Niisiis tundub, et kõige õigem kaadripoliitika oleks hooldusõdede sotsiaalsete olude parandamine.

Arvan, et kui eespool nimetatud haigeid kohti oleks võimalik kõrvaldada

või oluliselt parandada, siis oleks sellega ühtlasi vastatud ka esimesele küsimusele — kuidas rahva meditsiinilist teenindamist parandada.

Ülle Mikk
Tallinna Pelgulinna Haigla
kirurgiaosakonna hooldusõde

Mitmesugust

UUS SÜNNITUSMAJA AVAB UKSED

UDK 614.21(474.2-25)

Karl Marxi puiesteel on asjad nii kaugele jõudnud, et Tallinna Pelgulinna Haigla Sünnitusmaja, mille ehitamisele üldsus nelja aasta kestel elava huviga on kaasa elanud, varsti ukсед võib avada.

Sünnitusmaja projekteeriti «Eesti Projektis». Autor on arhitekt K. L u t s, projekti peainsener A. K õ r g e.

Palusime arhitekti lugejatele uut tervis-
hoiuasutust tutvustada.

Arhitekt K. LUTS

Sünnitusmaja peahoone koosneb viiest omavahel funktsionaalselt ja arhitektuuriliselt ühendatud blokist.

Kahes kõrgemas blokis (vt. tahvel XIX), mis Karl Marxi puiestee suhtes paiknevad risti, asuvad palatid: 7-korruselises sünnitusblokis on voodikohti 170 ja 5-korruselises günekoloogiablokis 90, kokku seega 260. Sünnitusmaja kuulub suurimate hulka Baltikumis ja suuremate hulka Nõukogude Liidus. Sünnitusmajade standardne voodikohtade arv tüüpprojekti järgi on 100.

Palatiblokkide igal korrusel on üks 26...30 voodikohaga osakond. Osakonnad projekteerisime ruumide kahepoolse paigutusega. Kagupoolsel küljel on kahe ja nelja voodikohaga palatid ning isolaatorid, loodepoolsel küljel ravi- ja teenindusruumid: manipulatsiooniring ning protseduuritoad, osakonnajuhataja ja arsti kabinetid, toidu jaotamise ruum, vannituba ja sanitaarsõlmed.

Igal korrusel on haigete päevase viibimise ruum ja rõdu.

Sünnitusbloki kagupoolses otsas on vast-
sündinute palatid. Katusele, kust avaneb ilus

vaade linnale, projekteerisime terrassi, kus saab võtta õhu- ja päikesevanne.

Operatsiooni- ja sünnitustoad on paigutatud hoone keskosas, 3-korruselise bloki teisele korrusele. Esimesel korrusel on administratsiooni- ja patsientide vastuvõtmise ruumid.

Pääsud esimesele korrusele hoone keskosas nõudsid Karl Marxi puiestee poolsele küljele ringpanduse* ehitamist sõidukite tarvis. Purskkaevud panduse mõlema tiiva vahelisel haljastatud kaldpinnal ei ole üksnes dekoratiivse funktsiooniga. Tegelikult on need õhu konditsioneerimise seadmete jahutusvete basseinid, kuid projekteeritud nii, et ühtlasi oleksid hoonele ehteks.

Günekoloogiablokiga, mille soklikorrusel asuvad apteek ja laboratoorium, on liidetud kahekorruseline naistenõuandla blokk, mis on arvestatud 400 külastusele vahetuses. Laboratoorium teenindab nii statsionaarset kui ka ambulatoorset abi vajavaid haigeid.

Viiendas blokis on köök abi- ja laoruumidega.

Personali söökla ja garderoobid, puhta ja musta pesu laod ning muud teenindus- ja tehnilised ruumid asuvad kahe bloki soklikorrustel.

Tehnilise varustatuse poolest peaks sünnitusmaja vastama tänapäeva olulisematele nõuetele. Operatsiooni- ja sünnitustubades ning vastsündinute palatites on tsentraalne hapnikuvarustus ja konditsioneeritud õhk. Peale selle on operatsiooni- ja sünnitustoad tsentraalselt varustatud dilämmastikoksiidiga ning vaakumsüsteemiga.

* pandus — kaldtee.

Ehitusgeoloogilised tingimused sünnitusmaja asukohas on rasked. Peahoone on rajatud vaivundamentidele.

Välisviimistluseks kasutasime terrasiitkrohvi.

Hoone ehituslik kubatuur on 43 355 m³, kasulik pind 10 519,3 m².

Rangelt ettekirjutatud voodikoha-maksumus ei lubanud projekteerimisel ühtki rubla kulutada arhitektuuri ja kujutava kunsti sünteesiks, ehkki see nii suure ja niisuguse otstarbega ühiskondliku hoone puhul oleks tingimata vajalik. Loodan, et Pelgulinna Haigla juhtkond leiab võimaluse hoone keskosa ühe sihilikult tühjaks jäetud seinapinna kaunistamiseks mõne ajakohase reljeefi, mosaigi või muu sobiva kunstiteosega. Samasugune soov on mul isade ootetoa suhtes, mille kaudu vastündinud oma teekonda ellu alustavad. Pean seejuures silmas, et kulutused ei tuleks tervishoiu, vaid kunsti summadest.

Kommentaariid

Ēesti NSV Tervishoiu Ministeriumi peakušöör-günekoloog

S. NAARITS

Olen rõõmus, et uus sünnitusmaja peatselt tegevust võib alustada. See on esimene spetsiaalselt projekteeritud sünnitusmaja Eestis. Kõik sünnitusmajad meie vabariigis paiknevad selleks kohandatud ruumides, sünnitusmaja Nõmmel töötab isegi endises kahe korteriga individuaalelamus.

Kuigi me sünnitajate ja günekoloogilisi haigusi põdevate haigete voodikohtadest seni teravat puudust tundsiime, pidime need maa-jaoskonnahaiglates likvideerima. Elu on näidanud, et sünnitusabi ja günekoloogia alal õigustavad end ainult spetsialiseeritud asutused või suured osakonnad. Mõtlen seejuures eeskätt anestesioloogiale, millela sünnitusabi ega günekoloogia tänapäeval enam hästi mõeldavad ei ole.

Naistehaigustel on meie vabariigis suhteliselt suur osatähtsus. Uus tervishoiuasutus andis võimaluse günekoloogia-voodikohtade arvu suurendada.

Kahe suure statsionaari olemasolu — teine neist Tallinna Vabariiklikus Haiglas — võimaldab kumbagi nõuetekohaselt puhastada, tuulutada, desinfitseerida ja remontida, mida seni saime teha ainult osakondade või palatite kaupa.

Uus sünnitusmaja rahuldab sünnitusabi pakilised vajadused võib-olla kolmeks aastaks.

Et sündimus, mis vabariigis varem vähene-mistendentsi näitas, suurenema on hakanud, on iseendast rõõmustav nähtus. Kui see aga edaspidi samasuguses tempos suureneb kui viimastel aastatel, siis peame juba üsna varsti hakkama mõtlema sünnitusasutuste edasisele laiendamisele.

Kahjuks tekitab raskusi sünnitusmaja kaadri komplekteerimine, sest on nõutav, et töötajail oleks elamis-pind Tallinnas olemas.

Tallinna Linna TSN TK Tervishoiuosakonna juhataja

U. MEIKAS

Uus sünnitusmaja on kõige paremini ehitatud haigla, mis Tallinnas seni tervishoiuvõrgule on üle antud. Tööde kvaliteet on tavalisest ilmselt kõrgem.

Tänu sünnitusmaja ühendamisele Pelgulinna Haiglagaga saame linna tervishoiusüsteemis lisaks Tõnismäe Haigla anestesioloogiakeskusele keskuse Pelgulinnas. See võimaldab meil anestesioloogiategenistust järsult laiendada.

Sünnitusmajas võetakse hulgaliselt kasutusele uusi aparate. Objektiivsete uurimismeetodite osatähtsus suureneb, diagnoosimise ja ravi võimalused ning kvaliteet paranevad. 40 voodikohaga raseduspatoloogiaosakonna avamine sünnitusmajas tähendab ühe vana keerdsõlme lahtiharutamist, milleks varem ei olnud võimalusi. See kõik kokku aitab vähendada enneaegsete sünnituste arvu ja paremini juhtida rasedusperioodi.

Tallinna II Sünnitusmaja Nõmmel, Mai põik 4, mille sünnitusosakonna viime uude sünnitusmajja, läheb iseseisva üksusena likvideerimisele. Selle asutuse günekoloogiaosakond, mis seni töötas Vabaduse pst. 89/91, viiakse Mai põiktänavas ja liidetakse Tallinna I Sünnitusmajaga (Sakala tänavas). Vabaduse puisteel seevastu avame naistenõuandla, mis neis ruumides kahtlemata saab paremini töötada. Seega muutub lihtsamaks ka juhtimine, administratiivkohtade arv väheneb ning palgad tõusevad.

Tallinna Pelgulinna Haigla peaarst

V. ILMOJA

Uue sünnitusmaja projekteerimine on küllalt õnnestunud. Meeldiv on ajakohane arhitektuurne välisilme. Läbi mõeldud on kogu hoonetekompleksi paigutus territooriumile; hea on, et palatikorpused vastu elava liiklusega Karl Marxi puisteed paiknevad otsaga.

Haiglate projekteerimise tänapäeva tasemele vastavad ka majasisesed paigutused. Statsionaari liiklemisteed ei ristu ambulatooriumi omadega, mõlemad aga saavad seejuures ühiselt ekspluateerida laboratooriumi, röntgenikabinetti ja apteeki. Leidlikult on välja töötatud vastuvõturuumide skeem, mis eraldatult võimaldab vastu võtta mitte üksnes sünnitajaid ja günekoloogilisi haigusi põdevaid haigeid, vaid vastuvõttu veelgi peenemalt diferentseerida; haigete plaaniline vastuvõtt eraldi mitteplaanilisest, välja sõeluda need, kellel on kõrgeenenud temperatuur, kes vajavad observatsiooni või kellel on viiruslik külmetushaigus.

Projekteerimise aktiva poolele tahaksin kanda ajakohase, külmutussüsteemiga varustatud patoloogilise anatoomia osakonna, tsentraalselt hapniku ja dilämmastikoksiidi varustused, vaakum- ning konditsioneeritud õhu seadmed selleks vajalikes ruumides, elektridesinfektsioonikambri ja palju muud.

Muidugi on uuel hoonel ka puudusi. Liiga vähe on tehnilise otstarbega ruume ja latusid, ning need, mis olemas, on väikesed. Ebaõiglane aga oleks seda projekteerijate süüks panna, kelle käed olid seotud täpselt ettekirjutatud voodikoha-maksumusega. Selle 7000 rubla piires, mida projekteerimise ajal ühe voodikoha peale kulutada tohtis, saaks vaevalt midagi rohkemat ära teha. Vahepeal on olukord nähtavasti natuke paranenud, sest nagu juba «Гипроздрав'и» 1968. a. toodangust näha, on voodikoha maksumus isegi tüüpprojektides kaheksa-üheksa tuhat rubla ja rohkem. Abiruumide tulevase juurdeehitamise võimalust on projekteerijad mingil määral ka arvestanud.

Mis puutub haiglate projekteerimisse tulevikus, siis oleks nii meie kui ka välismaa kogemusi arvestades kogu haigla ulatusliku laiendamise võimalus kõige mõistlikum ette näha kohe algul.

Aparatuur on sünnitusmajale põhiliselt muretsetud. On olemas ka elektrokardiograaf ema ja loote südamegevuse samaaegseks registreerimiseks. Hädasti oleks vaja aparati loote südametoonide ja emaka kontraktsiooni samaaegseks uurimiseks. Raskusi, loodame mõõduvaid, on optiliste seadmete muretsemisel. Täiendavalt vajaksime kolposkoobe, fotokolposkoobe, mikroskoobe, samuti üht Astrupi aparati mikromeetodil uurimiseks.

Näib, et uus sünnitusmaja annab vabariigi arstiteadusele hea kliinilise baasi teaduslikuks

tööks ning meedikute kvalifikatsiooni tõstmiseks.

Veel üks näpunäide tulevikuks. Enne kui nii suurt tervishoiuasutust ehitama hakata, oleks tarvis teha eeltöid kaadri komplekteerimiseks. Sünnitusmajas on üle 500 ametikoha, ja kui arvestada üldist kaadri defitsiiti, on selle tööjõuga varustamine küllalt keerukas. See oleks kergem, kui haigla oma töötajaid saaks varustada korteriga. Ideaalne oleks, et koos haiglaga ehitataks ka elamud töötajale, nii nagu seda mõnel pool on tehtud. See on küll väga raske, kuid täiesti kindel väljapääs.

Midagi tuleks välja mõelda tervishoiuasutuste sisekujunduse parandamiseks. Sisekujundusprojekt tuleks teha samal ajal ehitusprojektiga, muidu jääb sisustamine printsiibituks ja kirjuks ning vaevalt et see ka odavam tuleb kui sisearhitektilt tellitud ühtse kujunduse korral.

Eesti NSV tervishoiuministri asetäitja **O. TAMM**

Et ehitustegevus kergete tööde hulka ei kuulu, on vist kõigile teada. Tervishoiuorganisatsioonide seisukohalt, kellel sünnitusmaja ehitamisega tegelda tuli, võin igatahes öelda, et sünnitusmaja kui ehitusobjekt tähendas meile mitte üksnes uut ajakohast ravi- ja profülaktikaasutust, vaid ka sadu närvesöövaid ja ajukulutavaid nõupidamisi, muresid ja pahandusi. Nüüd, valmina, tähendab ta muidugi suurt rõõmu, ka organisatsioonidele, eeskätt aga rahvale, kes varsti sünnitustoad ja palatid täidab ning Karl Marxi puisteed vastsündinute häälest rōkatada laseb. Meie vaarisadel oli õigus, kui nad ütlesid, et töö on mõru juur, aga magus vili.

Tahaksin südamest tänada kõiki, kes ehitusest osa võtsid või sellele muul viisil kaasa aitasid: projekteerijaid, meedikuid, ministriüri ehitusosakonna rahvast, varustajaid, ehitajaid ja teisi rattaid ning kruvikesi ehitamise mehhanismi keerukas masinavärgis. Tänada tuleb mitte lihtsalt tehtud töö, vaid hea töö, kvaliteedi eest.

Ravi- ja profülaktika materiaaltehniline baas vabariigis vajab hädasti uuendamist. Loodan, et niisuguseid tänapäeva nõuetele vastavaid hooned suudame veelgi ehitada ja veelgi paremini. Sünnitusmaja andis meile selleks hulgaliselt väärtuslikke kogemusi.

Mõtted sõnastas Bruno Rokas

UUSI RATSIONALISEERIMIS- ETTEPANEKUID

ARTUR TALIHÄRM

Tallinn

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi õpetatud nõukogu juures asuva leiutiste ja ratsionaliseerimise komitee kahel järjekordsel koosolekul 1970. aasta märtsikuus arutati ratsionaliseerimisettepanekuid. Üldse vaadati läbi 21 ettepanekut, millest ratsionaliseerimisettepanekuteks tunnistati 15. Esiletõstmist väärivad järgmised.

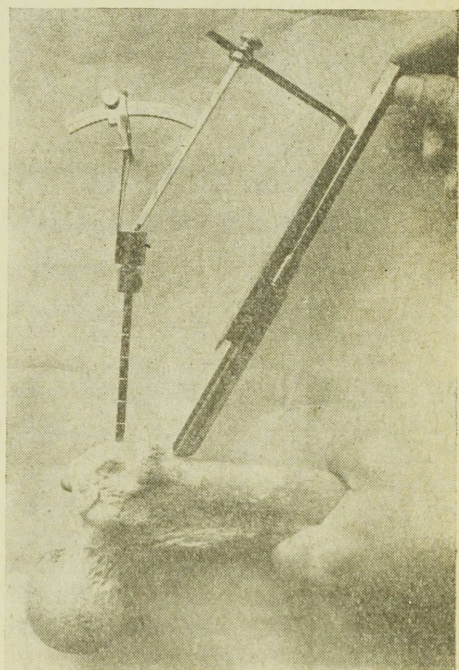
Arstiteaduse kandidaat Š. Gulordava konstrueeritud nurgamõõtjat-suunajat (vt. foto) on reieluukaela osteosünteesimiseks Tallinna Vabariikliku Haigla traumatoloogiaosakonnas kasutatud juba pikemat aega. Selle instrumendiga on tehtud üle 200 operatsiooni. Kõik mõõtmised, mis on tarvilikud metallsüdamikü, homotransplantaatide või muude osteosünteesiks kasutatavate materjalide suuna määramiseks, tehakse röntgenogrammidel enne operatsiooni. See aga võimaldab operatsiooni kestust tunduvalt lühendada, kusjuures täpne naelastamine on garanteeritud.

Ka Š. Gulordava kavandatud ekstraktor on Tallinna Vabariikliku Haigla traumatoloogiaosakonnas kasutusel üle kümne aasta. Ekstraktori eelis on, et ta telg asetatakse vastavusse osteosünteesiks sisseviidud metallnaela teljega juba siis, kui vinti keeratakse naela peasse. On konstrueeritud liikuv jalake, mis naela võimaldab eemaldada erilise raskuseta ja luustruktuuri traumeerimata.

Arstiriistade ja Meditsiiniliste Aparaatide Remondi Töökoja töötaja E. Vatteri hõbeamalgaami valmistamise seadis on mõeldud stomatoloogiapolikliinikutele. Seadis võimaldab 30 sekundi jooksul valmistada hõbeamalgaami 1...3 hambaplommi jaoks. Amalgaam seguneb täielikult ja elavhõbedat ei satu tööruumi õhku. Täielikult jääb ära füüsiline töö. Autor on nimetatud seadise valmistanud vibraatori põhimõttel, kusjuures on kasutatud elektrisae ЭЛ-1 osi. Segunemine toimub kuuli vibreerimise tagajärjel sfäärilises pesas, mille diameeter on 26 mm. Seadisele on hea hinnangu andnud Tallinna Stomatoloogide Seltsi juhatus.

Pärnu Linna Haigla apteegi juhataja V. Kevend on haigla osakondadele valmistatud ravimeid esimesena vabariigis hakanud pakkima plastikaatkottidesse. Selleks on kohandatud seadised kottide valmistamiseks ja sulgemiseks, kusjuures koti külge on fikseeritud ravimi signatuur. Pärnu Linna Haigla apteegis on nüüd halvakvaliteedilised paberkotid asendatud nägusate ja vastupidavate polüetüleenkottidega. Ravimid säilivad paremini ja eksimise võimalusi on vähem, sest kile alla paigutatud etikett on hästi loetav pikemat aega.

Apteegi nr. 90 juhataja E. Paguse signalisatsioonisüsteem assistendiruumi ja köögi vahel hõlbustab nii sanitari kui ka assistendi tööd ja aitab assistenti töövahenditega pidevalt ning häireteta varustada. Süsteem koosneb juhtimis-puldrist assistendi laual ja signaalide vastuvõtu kilbist köögis. Kui assistent soovib köögist pudelit, vajutab ta pudeli kujutise all olevale lülitile. Samal ajal



Nurgamõõtja-suunaja tööasendis.

süttib kontroll-lamp, mis näitab, et vooluring on töökorras ning et köögis süttis sama pudeli kujutise juures asetsev lamp, mis sanitarile teatab assistendi soovi. Kui sanitar on teises ruumis, kutsub teda helisignaali.

Narva Linna Haigla ravikehakultuurispektor K. Semjonov ehitas kombaini kehaliste harjutuste tegemiseks mitmesuguseid põlve-, hüppe-, öla-, küünar- ja randmeliigeste haigusi põdevatele haigetele ning ravikehakultuuriks pärast nimetatud liigeste operatsioone. Seadist võib edukalt rakendada ka rangluu murdude korral. Seadise alus kinnitatakse rootsi redeli külge. Tema põhiosi võib vahetada vastavalt vajadusele. Näiteks jala liigeste ravikehakultuuriks kasutatakse pedaali, mis töötab jalgratta põhimõttel, randmeliigeste puhul rihmaga rulli jne.

Paikne gastrohüpotermia, mille autorid on U. Sibul ja G. Kljubin, on Tõnismäe Haiglas kasutusel 1968. aastast. Eriti vajalik on meetod siis, kui gastroduodenaalse verejooksuga haigeid vastunäidustuste tõttu ei ole kohe võimalik opereerida. Seadise töö põhimõte on lihtne: $8 \dots 10^\circ$ jahutatud kraanivesi juhitakse kummisondi kaudu õhukesesenaalisse ballooni maos. Balloon on teise kummitoru kaudu ühenduses manomeetriga. Lubatud rõhk balloonis kuni 260 mm H₂O. Kolmanda kummitoru kaudu voolab vesi ära.

РЕЗЮМЕ. Новые рационализаторские предложения. А. А. Т а л и х я р м. Особенность применения угломера направителя, предложенного Ш. А. Гулордава для остеосинтеза шейки бедра, заключается в том, что все измерения по определению направления металлического стержня производятся в предоперационном периоде на рентгенограммах. Это дает возможность резко сократить время операции при минимальном разрезе и точном введении стержня.

Экстрактор (Ш. А. Гулордава) имеет то преимущество, что его ось устанавливается в соответствии с осью металлического стержня уже в процессе ввинчивания винта в головку гвоздя. Аппарат позволяет удалить гвоздь без особого усилия и травмы костной структуры.

С помощью прибора для изготовления серебряной амалгамы (Э. Ваттер) можно в течение 30 секунд изготовить серебряной амалгамы столько, сколько требуется для пломбирования 1—3 зубов.

Заведующий аптекой Пярнуской городской больницы В. Кевенд впервые в республике предложил и внедрил в практику упаковку лекарственных средств для клинических отделений в пластмассовые мешочки.

Сигнальная система между ассистентской и кухней (Э. Парус) обеспечивает непрерывное снабжение ассистентской чистым инструментарием.

Комбайн К. Семенова предназначен для операций различного рода при заболеваниях коленного сустава, для восстановления функций суставов конечностей в послеоперационном периоде, а также при переломах ключицы.

Метод локальной гастрогипотермии (У. Сибуль и Г. Клубин) применяется в больнице Тынямсая с 1968 г. при желудочном кровотечении, если срочная операция не возможна.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium

SENTENTIAE, DICTA, PROVERBIA LATINA IN MEDICINA USITATA *

GEORG LOOGNA

Tallinn

Eriala- ja ilukirjanduses, vahetevahel ka kõnepruugis tuleb ette ladinakeelseid vanasõnu, ütlemisi, mõtteteri ja tsitaate. Paljud neist käivad ka elu ja surma, tervise, haiguse ning ravi kohta. Need on pärit kas rahvasuust või neid on kirja pannud õpetlased ja filosoofid juba enne meie ajaarvamise algust. Ladina keelele omaselt on neis lausetes lühidalt ja lakooniliselt ning enamasti väga taba-

valt välja öeldud suured üldised elutõed, mis kehtivad tänapäevani. Nii mõnigi kord on nende tõdede lahtimõtestamisele ja taastunnetamisele jõutud alles tänapäeva teaduse abil. On märkimisväärne, et paljudes tarkusõnades rõhutatakse mõõduka eluviisi, eriti toitumise tähtsust, juhitakse tähelepanu psüühilise seisundi, rahu ja puhkuse osale tervise säilitamisel, haigete ravimisel jne. On muidugi ka iganenud ja vastukäivaid mõtteavaldusi, mis olid iseloomulikud oma ajastule.

* Meditsiinis kasutatavaid ladina sententse, väljendeid ja vanasõnu.

Ladinakeelseid väljendeid leidub siin-
seal õpikutes ja teatmeteostes, kuid neid
ei ole meil seni kusagil kokkuvõetult
koos eestikeelsete vastetega avaldatud.
Esitame siinkohal valimiku ladinakeel-
setest väljenditest, peamiselt meditsiini
ja tervishoiu valdkonnast.

Ad patres.

Isade juurde minema (s. t. surema).

Aegroto dum anima est, spes esse dicitur.

Cicero (106...43 e. m. a.)

Õeldakse, et kuni haige hingab, on lootust.

Auscultare disce!

Õpi kuulatlema!

Caveas morbos contagiosos!

Hoia elu nakkushaiguste eest!

Cessante causa cessat effectus.

Põhjuse kadumisel kaob ka toime.

*Chirurgus prius oculis observet, quam manu
laboret.*

Kirurg uurigu enne silmadega, kui käe külge
paneb.

Cibi condimentum est fames, potioni sitis.

Toidu võrts on nälg, joogi oma janu.

Ciborum varietas una est morborum causa.

Muudatus toitudes on üks haiguste põhjusi.

Circulus vitiosus.

Nõiaring.

Contraria contrariis curatur.

Hippokrates (460...371 e. m. a.)

Vastandlik ravib vastandlikku.

*Contra vim mortis non est medicamentum in
hortis.*

Salerno koolkond

Surma väe vastu ei leidu aedades rohtu.

Cor ultimum mortiens.

Jean Riolan (1580...1657)

Viimne, mis sureb, on süda.

De administratione diaetae.

*Quale, quid et quando, quantum, quoties, ubi,
dando*

Ista notare cibo debet medicus dictando.

Salerno koolkond

Dieedi määramisest.

Missugust, mida, millal, kui palju, kui tihti ja
kus,

seda peab toidu andmisel ettekirjutusega
määrama arst.

Divinum opus sedare dolorem.

Hippokrates

On jumalik töö vaigistada valu.

Doctrina est fructus dulcis radicis amarae.

Õpetatus (teadus) on mõru juure magus vili.

Esse oportet, ut vivas, non vivas, ut edas.

Tuleb süüa, et elada, aga mitte elada, et süüa.

Ex mortuis vita.

Surnuistki (võrsu) elu.

Hic docuit Augustus Rauber 1886...1911

Sõnad mälestustahvlil Tartu Riikliku

Ülikooli vanas anatoomikumis.

Siin õpetas Augustus Rauber 1886...1911

*Hic locus est, ubi mors gaudet succurrere
vitae.*

Raidkiri Pariisi ja Berliini *Theatrum
anatomicum*'i hoonel

Siin on koht, kus surmgi rõomustab appi
tulles elule.

Hic mortui vivunt, hic muti loquuntur.

Raidkiri Erfurti Ülikooli raamatukogu
hoonel.

Siin surnud elavad, siin tummad räägivad.

*Id est: cibi, potus, somni, Venus, omnia
moderata sint.*

Hippokrates

Asi on selles: sööki, jooki, und, armastust —
kõike mõõdukalt.

Ignorantia medici aegro ipsi alter morbus.

Giorgio Baglivi (1668...1707)

Arsti teadmatus on haigele teiseks tõveks.

In (puris) naturalibus.

Loomulikus olekus (alasti).

In statu nascendi.

Tekke seisundis (momendil).

In statu quo.

Endises seisundis.

Intemperantia medicorum nutrit.

Mõõdukuse puudumine on arstide toitja.

In vino veritas, in aqua sanitas.

Plinius Vanem (23...79)

Viinas on tõde, vees tervis.

Labor omnia vincit.

Vergilius (70...19 e. m. a.)

Tööga võidetakse kõik (raskused).

Liberi vino et coffeino abstineant!

Lapsed hoidugu veinist ja kohvist!

Locus minoris resistentiae.

Kõige nõrgema vastupanu koht.

Medice, cura te ipsum!

Arst, aita (ravi) iseennast!

*Medicinae apud aegros usus, apud sanos honor
est.*

Seneca

Haiged vajavad arsti, terved austavad teda.

Medicinae oculus est anatomia.

Anatoomia on meditsiini silm.

Medicina non sit gravior ipso morbo.

Ravim ärgu olgu rängem kui haigus ise.

Medicina secunda philosophia dicitur.

Meditsiini nimetatakse teiseks filosoofiaks.

*Medico, patrono et confessario dic verum
libere.*

Keskajast pärit vanasõna.

Arstile, advokaadile ja pihhiisale ütle tõtt.

*Medicus naturae minister, non magister, cum
natura, quae optima morborum medicatrix,
operari et agere debet.*

F. Hoffmann (1660...1742)

Arst kui looduse teener, mitte tema õpetaja,
peab töötama ja tegutsema koos loodusega,
kes on parim haiguste ravija.

Memento mori.

Pea meeles, et tuleb surra.

Orandum est, ut sit mens sana in corpore sano.

Juvenalis (≈60...140)

Tuleb paluda, et terves kehas oleks ka terve vaim.

Modicus cibi, medicus sibi.

Kes on mõõdukas söömisel, see on iseenda arst.

Monumentum posuerunt discipuli cultoresque.

Epitaaf anatoomia professor August Rauberi (1841...1917) haual Tartus

Hauasamba püstitasid õpilased ja austajad.

Morbis ipse medela naturae, quae opitulatur perturbationibus organismi.

Schopenhauer (1788...1860)

Haigus ise on looduse ravivahend, mis tuleb appi organismi häirete puhul.

Mors ipsa refugit saepe virum.

Lucanus (39...65)

Surm ise pangeb sageli mehe eest.

Mors ultima linea rerum.

Horatius

Surm on viimne piir.

Multitudo remediorum est filia ignorantiae.

Bacon (1561...1626)

Ravimite rohkus on teadmatuse tütar.

Natura sanat, medicus curat morbos.

Hufeland (1762...1836)

Loodus teeb terveks, arst ravib haigusi.

Nebulones, qui Hippocratem non legunt.

Baglivi

Need on tuulepead, kes Hippokratest ei loe.

Non curatur, qui curat.

Kellel on muresid, seda ei saa terveks teha.

Non est in medico semper relevetur ut aeger;

Interdum docta plus valet arte malum.

Ovidius (43 e. m. a. ... 17 m. a. j.)

Mitte alati ei ole arstil võimalik haiget aidata. Mõnikord on häda võimsam kui õpetatud teadus.

Non vivere, sed valere vita.

Martialis (≈40...104)

Elu ei tähenda mitte elamist, vaid terve olemist.

Omne malum nascens facile opprimitur, inventeratum fit plerumque robustius.

Cicero

Tekkivat haigust on kerge pidurdada, juurdununa kulgeb ta enamasti raskemini.

Omne nimis est naturae inimicum.

Igasugune liialdus on loomuvastane.

Omne vivum e vivo.

Harvey (1578...1657)

Kõik elav põlvneb elavast.

Optimum medicamentum quies est.

Parim ravim on rahu.

Per scientiam ad salutem aegroti.

Teaduste kaudu haige tervistamisele.

Post coenam stabis, vel passus mille meabis.

Pärast söömist seisa või käi tuhat sammu.

Praesente medico nihil nocet.

Arsti juuresolekul ei juhtu midagi halba.

Primum nihil nocere.

Kõigepealt ärgu tehtagu kahju.

Quae medicamenta non sanant, ferrum sanat, quae ferrum non sanat, ignis sanat.

Hippokrates

Mida ravimid ei paranda, parandab raud (nuga), mida raud ei paranda, seda parandab tuli.

Qui bene dignoscit, bene curat.

Kes diagnoosib hästi, see ka ravib hästi.

Qui bene dignoscit effectusque victus, motuum animi et medicamentorum bene cognovit, auxiliante natura, bene medebitur.

Baglivi

Kes hästi diagnoosib ja eluviisi, meelevahetuste ning ravimite toimet hästi tunneb, see ravib hästi, kui loodus kaasa aitab.

Qui bene ingerit, digerit, egerit, sanus est.

Kes hästi sööb, hästi seedib, hästi tühjendab, see on terve.

Qui bene interrogat, bene dignoscit.

Kes küsitleb hästi, see ka diagnoosib hästi.

Restitutio ad integrum.

Tervise täielik ennistumine.

Salus aegroti suprema lex.

Haige tervis olgu ülim seadus.

Salus populi suprema lex.

Cicero

Rahva heaolu olgu ülim seadus.

Sanitas est bonum non cognitum, nisi perditum.

Tervis on hüve, mida hinnatakse alles selle kaotamisel.

Si dubites, adhibe thermometrum.

Th. Schwenke (1693...1767)

Kui sa kahtled, kasuta termomeetrit.

Si tibi deficient medici, medici tibi fient haec tria: mens hilaris, requies, moderata dieta.

Kui sul arste ei ole, siis olgu su arstideks kolm: rõõmus meel, puhkus ja mõõdukas söömisel.

Somnus refectio[n]i necessarius est.

Seneca

Uni on paranemiseks vajalik.

Stultorum incurata pudor malus ulcera celat.
Rumalate valehäbi varjab ravimata paiseid.

Tardiora sunt remedia quam mala.

Tacitus (≈55...115)

Ravimid toimivad aeglasemalt kui haigused.

Temperantia est custos vitae.

Mõõdukus on elu valvur.

Ubi pus, evacua.

Kus mäda, seal tühjenda.

Ubi tres medici, duo athei.

Kus on kolm arsti, seal on kaks jumalasalgajat.

Vis medicatrix naturae.

Looduse tervendav jõud.

Vitiant artus aegrae contagia mentis.

Haige hinge nakkus teeb häda ka kehale.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

TASKULÜKATI «MÜRKAINETEST KAHJUSTATUTE DIAGNOOSIMINE JA ESMAABI»

ANIMAISSA KOROBTSENKO
LEV GRINSPUN
SEMJON UMANSKI

Tallinn

UDK 623.445.4/7 : 616-07

Toksikoloogia tundmaõppimine on tsiviilkaitstes olulise tähtsusega. Arstil, velskril ja sanitaarinspektoril on tarvis kiiresti orienteeruda mürkainetest kahjustatuile esmaabi andmise viisides, samuti vastastikusel abistamises ning teada peamisi kaitsevahendeid keemiliste rüндаainete vastu ja mürkainete degaseerimise viise.

Selleks valmistasime lükati, millel on esitatud peamised vastavates õpikutes, juhendites ja käskkirjades avaldatud andmed. Lükati vahelmise, kahe millimeetri paksusega duralumiiniumist ketta diameeter on 115 millimeetrit. Ketta keskel on ava telje jaoks. Ketta külgedele on kantud joonistel 2 ja 3 (vt. tahvlid XXIII ja XXIV) esitatud tekst. Kaheksas sektoris on lühidalt kirjeldatud tähtsamaid kliinilisi nähte, mis on iseloomulikud erisugustest mürkainetest põhjustatud kahjustustele (vt. joonis 2). Ketta teisel küljel, samuti kaheksas sektoris, on andmed nende vahendite ja menetluste kohta, mida tuleb rakendada kahjustatule abi andmisel (vt. joonis 3). Joonistel 2 ja 3 esitatud tekst tuleb ketta külgedele paigutada nii, et sektorid samade mürkainete rühmadega oleksid kummalgi küljel täpselt kohakuti.

Kummalgi välimisel ühemillimeetrise paksusega ja 100-millimeetrise diameetriga kettal on väljalõige, mis vastab ringi $\frac{1}{8}$ osale (kesknurk 45°). Ühel välimisel kettal on joonisel 1 (vt. tahvel XXIII) antud tekst, teisel joonisel 4 (vt. tahvel XXIV) esitatud andmed. Mõlemad kettad on jäigalt kinnitatud lükati vahelmist ketast läbistava ning vabalt pöörleva telje külge nii, et nende väljalõiked on kohakuti. Ühel kettal on loetletud gaasitorbiku peamised suurused, nahakaitsevahendid ja erikaitsevahen-

did (vt. joonis 1). Teisel välimisel kettal on toodud mitmesuguste mürkainete degaseerimise vahendid, kloorlubja ja klooramiini kulunormid paikkonna degaseerimiseks, samuti kõige sagedamini kasutatavad tehnilised vahendid (vt. joonis 4).

Lükati on lihtne ja mugav käsitseda, selleks ei ole tarvis erijuhendit ning mõne sekundi jooksul on võimalik jõuda õigele otsusele. Ehkki lükati on lihtsusstatud, õigustab ta end praktikas: ta võimaldab kiiresti kavandada terapeutiliste ja degaseerimismenetluste rakendamise põhiplaani.

Lükati kaalub ligikaudu 60 grammi ja mahub vabalt meditsiinitöötaja kitli taskusse.

Карманный планшет «Диагностика и первая помощь пораженным БОВ». А. А. Коробченко, Л. Ф. Гриншпун, С. Ш. Уманский. Изучение вопросов токсикологии боевых отравляющих веществ (БОВ) имеет большое значение для гражданской обороны страны. Врачу, фельдшеру, санинспектору необходимо быстро ориентироваться в вопросах оказания первой помощи и взаимопомощи пораженным БОВ, знать основные средства санхимзащиты и средства дегазации БОВ.

Для успешного решения этих вопросов нами изготовлен карманный планшет, в котором отражены основные материалы, изложенные в соответствующих учебниках, наставлениях и приказах. Предлагаемый планшет состоит из центрального дюралюминиевого диска толщиной 2 мм и диаметром 115 мм, в центре которого имеется отверстие для оси. По обе стороны диска нанесены рисунки 2 и 3 (см. вклейки XXIII и XXIV). На 8 секторах рис. 2 кратко изложены основные клинические проявления, характерные для поражения различными группами БОВ, а на 8 секторах рис. 3 — основные мероприятия по оказанию помощи пораженному. Рисунки 2 и 3 нанесены так, чтобы расположение групп БОВ на одной стороне полностью совпадало с расположением на противоположной.

На наружных дисках толщиной 1 мм и диаметром 100 мм сделан вырез, соответствующий

1/8 круга (центральный угол 45°). На каждый наружный диск нанесены рисунки 1 и 4 (см. вклейки XXIII и XXIV), а сами диски неподвижно закреплены на свободно вращающейся оси, пропущенной через центральный диск. Наружные диски смонтированы таким образом, что вырез на одном совпадает с вырезом на втором. На одном наружном диске (рис. 1) перечислены основные размеры, противогазов, средства защиты кожи и специальные защитные средства. На втором — средства дегазации различных БОВ, нормы расхода хлорной извести и хлорамина для дегазации местности, а также наиболее часто применяемая дегазационная техника (рис. 4).

Предлагаемый нами планшет прост, удобен в работе, не требует специальной инструкции для его практического использования и позволяет в течение нескольких секунд принять необходимое решение. Несмотря на допущенные упрощения, предлагаемый карманный планшет оправдывает себя на практике: дает возможность быстро наметить основной план проведения терапевтических и дегазационных мероприятий.

Планшет весит около 60 г и свободно помещается в кармане халата.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium

Uusi ravimeid



GALASOLIIN (*Galazolin, Xylomethazolin*, Галазолин).

Butüül-dimetüülfenüülmetüülimidasoliin-hüdrokloriidi 0,1 või 0,5%-line vesilahus.

Toimib sümpatomimeetiliselt. Ahendab kapillaare, vähendab neelu ja ninaõõne limaskestast verevarustust, ühtlasi ka põletikunähte.

Toime avaldub mõni minut pärast manustamist ja püsib mõni tund.

Ravim on näidustatud allergilise nohu, nn. heinanohu, nina ja kurgu limaskestast põletike, ninakõrvalkoobaste haiguste, alalõua piirkonna tursete korral.

Vastunäidustuseks on krooniline nohu.

Kõrvaltoimena võib lühikest aega olla kipi-tustune ninas.

Doseerimine.

Täiskasvanuile 2...3 tilka 0,1%-list lahust 1...3 korda päevas kummassegi ninasõõrmesse, lastele kummassegi ninasõõrmesse üks tilk 0,05%-list lahust.

Toodab Poola RV tehas «Polfa».

Keskapteegilaos on preparaati piiratud koguses.

ROMASULAAN (*Romazulan, Ромазулан*).
Asuleenirikka kummeli eeterliku õliga rikastatud kummeliekstrakt.

Põletikuvastaste, antiseptiliste, desodoreerivate ja adsorbeerivate omadustega preparaati.

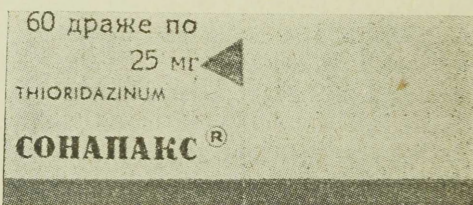
Näidustatud suuõõne põletikuliste haiguste (gingiviitide, stomatiitide), samuti vagiiniitide, uretriitide, tsüstiitide, põletikuliste dermatooside, troofiliste haavandite korral.

Kasutatakse mao- ja sooltehaiguste raviks, kui esineb meteorism, desodoreeriva vahendina kirurgias ja otorinolarüngoloogias.

Välispidiselt tarvitamiseks määratakse romasulaanilahust (1,5 supilusikatäit liitri vee kohta) tupe ja ureetra lopusteks, kompressideks varikoosete haavandite korral, klistiirina spastiliste koliitide puhul, tampoonidena stomatiidi, gingiviidi juhtudel, loputuslahusena kõrva-, kurgu- ja ninahaigusi põdevatele haigetele.

Seespidiselt kasutatakse lahust (teelusikatais klaasitäie kuuma vee kohta) gastriitide, duodeniitide, koliitide korral ja teistel näidustustel, kui esineb meteorism.

Toodab Bukaresti tehas «Biofarm». Originaalpakendis 100 ml preparaati.



SONAPAKS (*Sonapax, Thioridazinum*, Сонапакс).

Sünonüüme: *Meleril, Malloryl, Mellaryl*.

Fenotiasiinirühma neuroleptikum, mille toime koorealustesse keskustesse on tugevam kui kloorpromasiinil.

Rahustab valikuliselt psühhomotoorset sfääri, kusjuures ei kutsu esile unisust.

Alandab vegetatiivse närvisüsteemi kõrge-
nenud pinget, toimib valuvaigistavalt, oksen-
damis- ja kihelusvastaselt. Tugevdab uinu-
tite ja valuvaigistite toimet.

Näidustatud eri päritoluga erutus-, rahu-
tusseisundite, maniakaalse seisundi, skiso-
freenia ägeda ja kroonilise faasi, neurooside,
psühhoneurooside, kinnismõtete, foobiate,
psühhooside, alkoholismi, korea jm. korral.

Kui ravimit võetakse suurtes annustes,
võib kõrvaltoimena tekkida kuivustunne
suus, ortostaatiline hüpotoonia, maohäired,
laktatsiooni stimulatsioon. Väga harva tuleb

ette toksilist iriiti, võrkkesta kahjustusi,
agranulotsütoosi.

Vastunäidustuseks rasked depressioonid,
maksa parenhüümi tugev kahjustus.

Ambulatoorselt ordineeritakse täiskasva-
nuile 75...200 mg päevas, mis on jaotatud
2...4 üksikannuseks, statsionaarselt 200...
600 mg päevas.

Lastele määratakse kuni 30 mg päevas.

Preparaati lastakse välja dražeedena 10,
25 ja 100 mg.

Toodab Poola RV tehas «Polfa».

Aino Järison

Lugeja kiri

CHRISTIAN BARNARDI RAAMAT «ÜKS ELU»

UDK 616.12-089.843(049.3)

Värvilised pildid, osava sulesepa Cur-
tis Bill Pepperi ladusalt seatud sõnad —
need on esimesed muljed Christian Ber-
nardi äsjailmunud raamatust «Üks
elu».*

Lugu algab Lõuna-Aafrika väikelin-
nas, kus elas Barnardite vaene laste-
rikas perekond. Üliõpilaspäevil oleks
jutustuse kangelasest saanud äärepealt
kommunistliku partei liige.

Pärast ülikooli lõpetamist alustab ta
koos sõbraga erapraksist. Patsiente on
palju, sest ta lepib vähema honorariga
kui konkurendid. Ent siis sureb noor-
mehe käes üks laps südamehaigusse.
Masendatud Barnard sõidab mägedesse
ja mõtiskleb, kuidas olla edasi. Lõpuks
jõuab ta otsusele: «Minu tõeline kutsumus
seisab südames endas; kui süda
lakkab löömast, siis on see mulle välja-
kutseks.»

Ta läks haiglasse tööle, on uurimisest
nii hõivatud, et unustab kõik muu. Ööl
ja päeval saabusid Groote Schuur Hospi-
tali portikuste ette — üks oli mõeldud
valgetele, teine värvilistele — kiirabi-
autod, materjali teadlasele oli enam kui
vaja. Peagi siirdub Christian Ühendrii-
kidesse, kus eksperimenteerib ja teeb
hoolega riskantseid südameoperatsioone.
Naasnud koju, hakkab ta koostama
meeskonda, kellega ette võtta kõige jul-
gemaid löikusi.

Pärast arvukaid katseid koertega on
Barnard kindel, et ta saab südame siird-
istutamisega hakkama.

* Chr. Barnard a. C. B. Pepper. One life.
London, 1970.

3. detsembril 1967 sai Louis Wash-
kansky esimesena maailmas uue inim-
südame. Ta elas vaid 18 päeva, ometi oli
meditsiiniannaalides pööratud uus lehe-
kulg. (Muide, lõuna-aafriklane edestas
oma USA kolleege vaid kolme päevaga.)

Kui kirurg nägi pärast lahkamist oma
kuulsa patsiendi veel töövõimelist sü-
dant, tõusis tal klomp kurku ja ta rut-
tas ruumist välja:

«Kui ma jäin üksi, haaras mind ääretu
kurbustunne. Tahtmatult hakkasin
nuuksuma kaastundest selle väikese,
noore ja tugeva südame vastu.»

Raamat maailma ühe silmapaistvaima
arsti elust näitab veenvalt, et tegu on
ikkagi inimesega, kellel on samuti oma
nõrkused, pealegi vasturääkivad, nagu
näiteks sentimentaalsus ja tundetus
üheaegselt. Viimast illustreerib lugu
esimese siirdistutatud südamega inimese
lahkamisest. Kui usklik naine andis lõp-
pude lõpuks loa oma meest lahata, kir-
jeldab C. Barnard detailselt lahkamise
käiku, ehkki ainuüksi keele eraldamine
ja väljakiskumine on tavalisele lugejale
ebameeldiv pilt — mis tunne on siis
veel L. Washkansky omastel?!

Mõnevõrra jahmatav on kontroll pat-
sientide üle. L. Washkansky palatisse
tõmmati steriliseeritud juhe ja mikro-
fon, kõigi küllastajate vestlused lindis-
tati. Esimesena lubati neljandal päeval
haiget külastada abikaasal, ka tema ei
teadnud, et jutuaajamine jääb magneto-
fonilindile.

Üheteistkümnendal päeval, kui pat-
siendi tervis ei lubanud hellitada loo-

tusi ellujäämiseks, võimaldati ka lähedastel sugulastel temaga kokku saada. Ent nad pidid ootama terve tunni, kuni pandi paika televisioonikaamerad.

Raamatu kõige väärtuslikum osa on uurimistööst, tehnilisest leidlikkusest ja inimkäte osavusest. Ent paratamatult jääb tunne, et praegusel hetkel on südame siirdistutamine ikkagi alles eksperiment elava inimesega, ei miskit muud.

Erapooletu lugeja suleb raamatu väikese pettumustundega, sest inimesena see teos peategelast sümpaatsemaks ei tee. Õnneks jääb austus suurepärase kirurgi C. Barnardi vastu püsima.

Neid inimesi, kes uue südame said, on olnud 165, elavad tänaseni aga üksikud.

Rekordiliselt kaua elas hambaarst Philip Blaiberg, 15^{1/2} kuud.

Hiljem on operatsioonide raskuspunkt kandunud Ameerika Ühendriikidesse. Viimased andmed kõnealuses raamatus muidugi puuduvad, kuid aasta tagasi kuulus kogu maailmas tehtud 123 siirdistutamisest 70 ameeriklaste arvele (neist kaks inimest said kaks uut südant

järgemööda — ehkki ka see neid ei päästnud).

Londoni ajalehe «The Sunday Times» andmetel on operatsioonide arvult USA järel teisel kohal Kanada (1969. a. 16), järgnevad Prantsusmaa (10), LAV (5), Brasiilia ja Tšiili (mõlemad 3), Inglismaa, Argentiina, India, Austraalia, Türgi ja Lääne-Saksamaa kahe katsega, ühe ametliku siirdistutuse on teinud Nõukogude Liit, Tšehhoslovakkia SV, Jaapan, Venetsueela, Poola RV, Iisrael ja Hispaania.

Mida kuuldub meie maal? Teatavasti siirdati ühele tütarlapsele Leningradi sõjaväehaiglas uus süda 1968. a. novembris, ta elas kolm päeva.

Nimekas nõukogude kirurg Vladimir Demihhov, kes 20 aastat on loomadele ümber istutanud igasuguseid elundeid, loodab, et südame siirdamine muutub mõne aja pärast tavaliseks operatsiooniks. Ajalehele «Sovetskaja Rossiija» antud intervjuus rõhutab professor Demihhov siiski, et ülearuseks optimismiks pole põhjust. Siirdamine on kaasa toonud palju probleeme, mis vajavad veel uurimist.

Vello Lään

Kroonika

4. ja 5. juunil 1970. a. oli Tallinnas pediatrite vabariiklik seminar, kus arutlusel olid allergoloogia ja immunoloogia probleemid. Ettekannetega esinesid NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Pediaatriainstituudi töötajad.

Professor T. Sokolova peatus allergoloogiakabinettide töö organiseerimisel, allergiliste haiguste ning seisundite diagnoosimise ja ravi põhiprintsiipidel. Täiskasvanute allergoloogiakabinetid ei suuda anda kvalifitseeritud abi lastele, kellele need tuleb avada eraldi. Muutunud allergilise reaktiivsusega laste väljaselgitamisel on väga tähtis osa anamneesil.

Allergiliste haiguste ja seisundite ravimisel tuleb haigeile läheneda individuaalselt ning pediatrias peab rohkem kasutama spetsiifilist desensibiliseerivat ravi.

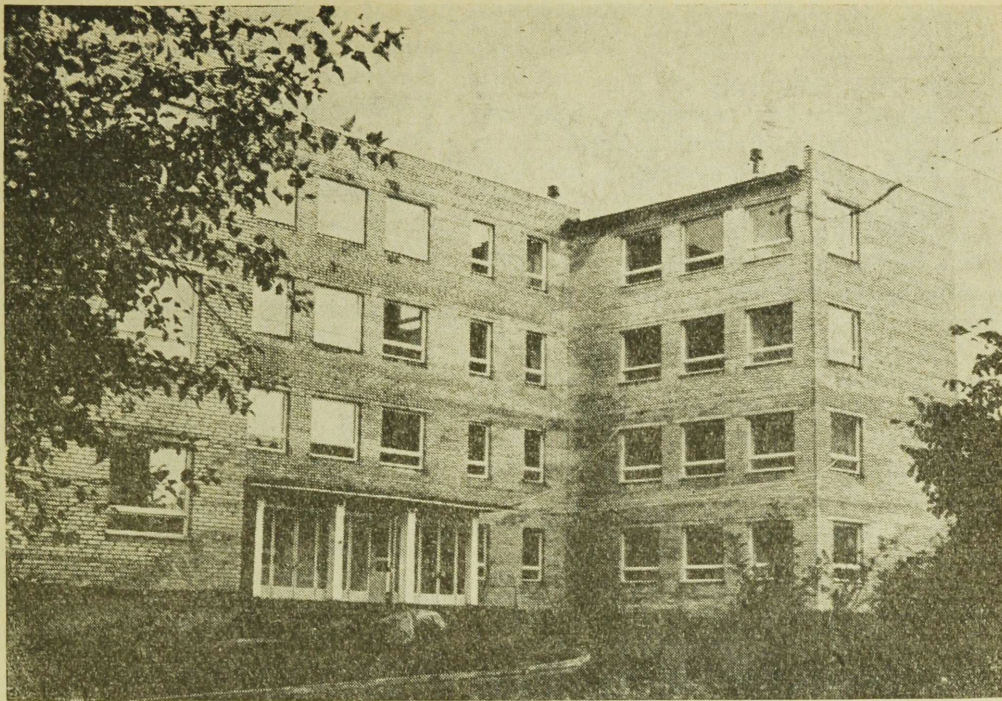
Kaitsepookimistest, tüsistustest ning nende vältimisest kõnelesid professor A. Jefimova, N. Zahharova ja A. Sokolova. Kõik esinejad rõhutasid, et laste immuniseerimine nakkushaiguste vastu ei ole šablooline plaani täitmine, vaid prof. Zdrodovski järgi «keerukas bioloogiline operatsioon».

N. Zahharova, rääkides difteeria, teetanuse ja läkakõha vastu vaktseerimisest trivaktseerimisega, pidas selles kõige reaktogeensemaks läkakõha komponenti. Allergiliselt muutunud reaktiivsuse ilmnemisel tuleks ees-

kätt vaktseerida nende haiguste vastu, mille raviks kasutatakse seerumeid (teetanus, difteeria). Uriini ja perifeerse vere muutused — eosinofiilia, lümfotsütoos, leukopeenia, eosinopeenia, trombotsütopeenia — on vaktseerimise vastunäidustuseks. Muutunud reaktiivsusega lapsi tuleks vaktseerimiseks ette valmistada, milleks määrata antihistamiinide preparaate ja vitamiine.

A. Sokolova soovitas rüugete vastu vaktseerimisest tingitud tüsistuste ravimisel spetsiifilist rüugetevastast hüperimmuunset gammaglobuliini, metisasoni, kortikosteroide, antihistamiinide preparaate ja vitamiine. Üle 2...3 aasta vanuseid lapsi vaktseerida ettevaatlikult, vaktseerimiseks kasutada vähe-reaktogeenseid vaktseerimisaineid, metisasoni, tiitritud gammaglobuliini või vaktseerida kahes etapis.

Professor A. Jefimova arvates on tuberkuloosivastase vaktseerimise tüsistuste peamiseks põhjusteks tehnilised vead (osa vaktseerimisaine satub naha alla) ja vanemaealiste laste korral ka nende vale kontingent. Nii võib tuberkuloosi nakatanud lapse revaktseerimisel tüsistusena tekkida Kochi fenomen. Kui lokaalsele spetsiifilisele reaktsioonile on lisandunud sekundaarne infektsioon või on tekkinud regionaarne lümfadeniit,



tuleks neid ravida kirurgiliselt. Intoksikatsiooninähtude ilmnemisel määratagu tingimata tuberkuloosivastane ravi.

Seminari lõpul leidis aset Vabariikliku Pediaatrite Teadusliku Seltsi laiendatud pleenum, kus kuulati Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peapediaatri A. Varese ettekannet 1969. a. tööst ja arutati laste meditsiinilise teenindamise parandamise võimalusi. Eriti vajavad tähelepanu varaealiste laste seedeelundite nakkuste profülaktika, kooliarstide töö tõhusus ja sanatooriumide ning sanatoorsete koolide organiseerimine.

Pleenum kinnitas ka 1971. a. Tallinnas korraldatava IX vabariikliku pediaatrite kongressi programmi.

Ingrid Laan

*

Käesoleva aasta septembris võttis riiklik ehituskomisjon Narvas vastu uue polikliiniku hoone, mida hakati ehitama 1968. aasta lõpul. Ehitis pidi valmima 1970. aasta I kvartalis, kuid ehituse käigus projektis tehtud muudatuste tõttu valmimise tähtaeg pikenes.

Tüüpprojektis ettenähtud põõningukorruse asemel ehitati välja neljas korrus. Nii saadi juurde ruumid naistenõuandla, spordiarsti-, onkoloogi- ja uroloogikabinettide, inhalatooriumi ja väikese koosolekuruumi jaoks. Selle arvel on võimalik vastu võtta veel umbes 200 haiget vahetuses (vt. foto).

Tunduvalt on laiendatud füsioteraapiakabinette ja laboratooriumi. Uued funktsionaaldiagnoosimis-, fluorograafia- ning polikliinikus seni puudunud sondeerimis- ja massaažikabinetid peaksid tunduvalt parandama haigete ambulatoorse teenindamise kvaliteeti.

Fluorograafiakabinet vähendab suuresti röntgenikabineti töökoormust, mille arvel viimases saab rohkem diagnostilisi läbivaatusi teha.

Kesk-eriharidusega meditsiinipersonali töö kergendamiseks protseduurikabinettides on kavatsus steriliseerida süstlaid Narva Linna Haigla tsentraalses sterilisatsioonilaboratooriumis.

Peab märkima, et kahjuks polnud võimalik suurendada teraapiakabinettide põrandapindala, kus ruumipuudus end teravalt tunda annab.

Uue polikliiniku käikulaskmisega avanes võimalus suurendada ka polikliiniku koosseise, mis eriti peaks vähendama eriarstide ülekoormust ning parandama ravi- ja diagnoosimiskabinettide tööd.

Manfred Silland

*

1971. aastal on Eesti NSV-s planeeritud järgmised vabariiklikud konverentsid. Märtsis peetakse Tartus konverents seoses Tartu Riikliku Ülikooli neuroloogia- ja neurokirurgiaalase tegevuse 50. aastapäevaga, mais pediaatrite konverents, juunis kirurgide konverents teemal «Äge profuusne gastroenteraalne verejooks».

Septembris on VIII kurortoloogia- ja füsioteraapiakonverents. Kolmandas kvartalis toimub ka V Eesti NSV terapeutide kongress, kus tulevad arutusele tänapäeva teraapia aktuaalsed probleemid, spetsialiseeritud terapeutiline abi ja terapeutiliste haigete ravimine kodus.

Neljandas kvartalis peetakse Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna ning Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi ühine konverents, kus käsitletakse hingamis- ja füsioloogilisi ja patoloogilisi seisundeid. Peale espool mainitute kavatakse IV kvartalis korraldada sümposium Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Instituudis teemal «Viirushaigused».

Artur Talihärm

RAHVAKONTROLI KOMITEES

Eesti NSV Rahvakontrolli Komitee, Eesti NSV Tervishoiu Ministerium ja kohalikud tervishoiuasutused kontrollisid Tartu, Narva ning Pärnu sanitaarseid olukorda.

Rahvakontrolli Komitee istungil märgiti, et nimetatud linnades on väliskeskonna tervendamisel ja sanitaarse heakorrastuse parendamisel palju ära tehtud, kuid veel on ka puudusi.

Aeglaselt edeneb veevärgi- ja kanalisatsioonirustiku ning -seadmete ehitamine. Tööraha saadikute nõukogude täitevkomiteed ei ole hoolt kandnud linnade õigeaegse puhastamise eest, ei ole korda loodud prügi mahaadimise kohtades.

Mõned kommunaalasutuste, kombinatide, majavalitsuste, toitlustusettevõtete ja muude asutuste ning organisatsioonide juhtivad töötajad suhtuvad ükskõikselt eeskujuliku sanitaarse olukorra loomise korraldustesse.

Rahvakontrolli Komitee istungile olid kut-

situd Eesti NSV Kommunaalmajanduse Ministeriumi, Ehitusministeriumi ja Sise-ministeriumi ning eespool nimetatud linnade tööraha saadikute nõukogude täitevkomiteede juhtivad töötajad.

Harju Rajooni Rahvakontrolli Komitee sai andmed, et Kose tuberkuloosisanatooriumis rikutakse koosseisude ja finantsdistipliini. Kontrollimisel andmed osutusid õigeks. Sanatooriumi peaarst E. Purre oli 1969. aasta oktoobris majahoidja ametikohale (kuupalk 60 rubla) vormistanud A. Adamsoni. Ta aga ei teinud sanatooriumis mingit tööd ja tema nimele vormistatud töötasu sai peearsti asetäitja R. Adamson. Niisugusel seadusvastasel viisil maksti talle üle 600 rubla.

Harju Rajooni Rahvakontrolli Komitee avaldas sanatooriumi peaarstile E. Purrele noomituse ning riigile tekitatud kahju osaliseks hüvitamiseks määrati talle tasendusmakse poole kuupalga ulatuses, s.o. 96 rubla. Samuti avaldati noomitus vanemraamatupidaja H. Järsile.

Leonid Rätsep

Vastukajad

Avaldasime «Nõukogude Eesti Tervishoius» 1970, 2, 87—89 Valentina Reisenbuki artikli «Doonorivere osatähtsus seerumhepatiidi levikus», milles oli puudutatud konkreetseid nakatumise juhte doonorivere kaudu. Palusime Vabariikliku Vereülekandejaama selle kohta toimetusele saata omapoolne selgituskiri ja teha ettepanekud analoogiliste juhtude vältimiseks. Vabariiklikult Vereülekandejaamalt saabus järgmine vastus (V. Ojamaa):

«Et puuduvad efektiivsed testid või analüüsid isikute väljaselgitamiseks, kes seerumhepatiidi suhtes doonorina on nakkusohtlikud, siis piirdume ainult vere bilirubiini kvantitatiivse ja kvalitatiivse määramisega. Vastavalt doonorluse instruksioonile jälgime rangelt, et ühtki vereampulli, milles bilirubiin ületab lubatud normatiivi, raviaasutustele ei väljastataks.

Vahetult enne vereandmist kontrollib kõiki doonoreid arst, kes neilt võtab ka täpse anamneesi.

Kontakti väljaselgitamiseks hepatiidahaigete saame Tallinna Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaamalt regulaarselt andmeid kõigi nakkusliku kollatõve juhtude kohta Tallinnas ning selle lähemas ümbruses.

Nõelad ja süsteemid, millega võetakse analüüse ja verd doonoritelt, puhastatakse ja steriliseeritakse instruksioonikohaselt.»

Palusime Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi teadusliku sekretäri, arstiteaduse doktor J. Reinaru Vabariikliku Vereülekandejaama vastust kommenteerida. J. Reinaru kirjutas:

«Kahjuks ei võimalda tänapäeva teaduse tase nakkusliku kollatõve viirusekandjaid veel avastada. Spetsiifilised laboratoorsed diagnostikumid spetsiifiliste antigeenide ja antikehade avastamiseks nii haigete kui ka kontaktsete vereseerumis alles puuduvad. See on arusaadav, sest nakkuslikku kollatõbe tekitav viirus ei ole veel avastatud. Viiruse avastamiseks aga tehakse tööd paljudes uurimisasutustes, nende hulgas ka meie instituudis.

V. Ojamaa vastuses näidatakse õigesti, et vereülekandejaama töös peetakse kinni eeskirjadest. Seejuures peab märkima, et doonorite hulgas on isikuid, kelle bilirubiini-ainevahetus on aeg-ajalt häiritud. Eriti neid doonoreid on vaja põhjalikult kliinilis-laboratoorselt uurida ja pideva jälgimise alla võtta, et välja selgitada häirete põhjused ning nende epidemioloogiline osatähtsus.

Et seerumhepatiidi juhte tuleb ette doonorivere retsipientide hulgas, siis on äärmiselt oluline välja selgitada doonor, kes on nakkusallikas, ning teha kõik selleks, et ta enam ei saaks naigust levitada. Seda peavad kohalik epidemioloog ja vereülekandejaam tegema koos. Vereülekandejaama töös on väga tähtis, et doonori valikul arvestataks tema ümbruskonna epidemioloogilist situatsiooni. Seniste kogemuste järgi arvan, et isikud, kes nakkuslikku kollatõbe põdeva haigega või ka rekonvalesstendiga on kontaktis kas perekonna või töökoha kaudu, on suure tõenäosusega ka viirusekandjad.

V. Reisenbuki töö senised tulemused näitavad, et tulevikus on doonorite uurimisel mõningate patoloogiliste nähtude korral vaja rakendada ajakahaseid biokeemilisi teste.»

(Soviet Estonian Health)

Scientific-Practical Medical Journal of the
Ministry of Health of the Estonian SSR

No. 6
December
November
1970

L. Keres, T. Soo — Influence of Nutrition, Physical Exercise and Weeping on the Blood Acid-Base Balance of Sick Children

62 sick children in a satisfactory condition and with different diagnoses were examined. They were all under the age of 2 and there were no shifts in their blood acid base balance.

The nutrition of sick children with lactic acid milk induces a shift in the acid-base balance towards acidosis, and abundant drinking of water towards alkalosis. Moderate physical exercises and weeping do not essentially influence the blood acid-base balance. The results of the investigation must be taken into consideration in prescribing the program for nursing.

G. Dorfman — The Significance of Rhesus Antibody Titer in Prognosis of Hemolytic Disease of the Newborn

The purpose of the paper was to establish the prognostic value of the Rh antibody titer in the mother's blood in the development of the hemolytic disease in the newborn.

The observations were carried out on 115 newborns suffering from the hemolytic disease with Rh antibody titers from 1:2 to 1:1024 in the mother's blood.

The results of the observations revealed that the Rh antibody titer of the pregnant cannot prove a criterion in estimating the state of the fetus as well as in prognosing the severity of the hemolytic disease in a newborn. The Rh antibody titer only shows the degree of the immunization of the pregnant woman which is not always the main factor in endangering the child's life and the development of the hemolytic disease.

The analyses of blood groups in mothers and children made it possible to draw the following conclusions: the hemolytic disease in the newborn develops more frequently and has a severer cause in the case of the same blood group of the mother and the child compared with those having different blood groups. The latter is caused by the competition of antigens in the Rh and ABO system.

L. Sildver — Clinical Forms of Precocious Puberty

2 cases of the cerebral form of precocious puberty are described here. They were diagnosed in the Tartu Clinical Children's Hospital. One of the children was 2 years 3 months old, the other was 6 years old. The author emphasises that in order to diagnose true precocity the child must be taken to hospital and examined repeatedly by a neurologist.

D. Puuman — The Physical Development of Young Workers in the Kalinin District of Tallinn

Data of anthropometric measurements received during medical check-ups were analysed according to variation statistics, and the main indices of young workers were determined. Tables were made up to estimate the physical development of adolescents, including the following points: the average height, weight, chest measurement and deviations from the average. On the basis of these tables physicians can check and estimate the physical development of each adoles-

cent and compare the separate indices. Data received by this method will help to determine which kind of work or vocational school is best suited for each adolescent. The same holds true for medical check-ups of sportsmen.

K. Väin — Conservative Operation in the Treatment of Extrauterine Pregnancy

One of the reasons of tubular infertility is extrauterine pregnancy. To preserve the generative faculty, conservative and reconstructive operations in the treatment of extrauterine pregnancy have been started.

In the Kingissepp Regional Central Hospital, during the years of 1961—1968, 100 women were operated on extrauterine pregnancy, whereas in 30 cases of the total conservative operations were performed. Later on 9 of the latter conceived and parturated. With two patients, extrauterine pregnancy recurred.

The few facts obtained by the author confirm the necessity and value of conservative operations in the treatment of extrauterine pregnancy, as one of the means of prevention of tubular infertility.

V. Rätsep, P. Loit — Complex Bronchological Investigation in Diagnosis of Lung Cancer

The authors analyse the results of a complex bronchological investigation in 300 patients suffering from lung cancer or suspected having it. The investigation consisted of bronchoscopy under visual control and aspiration biopsy with the following cytological analyses. The results revealed that it was possible to diagnose lung cancer of central origin in 92.5% and peripheral origin in 75.4% of the cases.

The investigation has a special value in the diagnosis of lung cancer of central origin. It makes it possible to establish the character of the pathological process before the manifestation of roentgenological symptoms.

J. Raudsepp — Effect of Yeast Ribonucleic Acid on Hepatoma 22 and Ehrlich Ascites Tumor Growth

In this test it was established that intramuscular injections of yeast RNA in high doses (500 mg and 1000 mg per kg) resulted in inhibition of hepatoma 22 ascites tumor growth by 65 and 55 per cent respectively. The same effect was noted in experiments with Ehrlich ascites tumor.

A. Haavel, R. Birkenfeldt — The Relation Between Biliary Tract Disease and Meteorological Factors in Islands of Estonian SSR

The authors investigated the case-histories of 381 patients with biliary tract disease that were hospitalized in 1958—1965 in the Central Hospital of the Kingissepp Region.

The incidence of the biliary tract disease is more frequent from November to March in islands of the Estonian SSR. The number of patients is proportionally correlated with the average atmospheric pressure. The authors recommend to check the patients suffering from biliary tract disease at the beginning of the period mentioned and to prescribe them a preventive course of treatment. The treatment in a sanatorium in winter is recommended.

T. Velgre — The Problems of Furadonine Treatment in Urology

A description is given about the experience of the treatment of 42 cases of the urinary tract disease with furadonine. The main attention is paid to 4 cases where the treatment was interrupted due to the complications.

A severe complication, toxic polyneuropathy, developed during the administration of furadonine. Various allergic reactions of different character and degree also occurred, but disappeared easily during a proper treatment.

The drug must be administered very carefully in the case of renal failure, disorders in elimination and possible cumulation. Furadonine is still indicated as a valuable drug in the treatment of the urinary tract disease despite the possibility of the development of complications.

Ü. Kristjuhan, E. Kranig — The Change of the Speed of a Conveyor during a Shift

The change of the speed of a conveyor during a shift was studied. On the basis of theoretical considerations a new working routine was determined in which at the beginning and at the end of the shift for half an hour and for an hour correspondingly the speed of the conveyor was reduced by 30% in comparison with the speed for the rest of the time. The mean speed of the conveyor remained equal to that of the old working routine. The execution of psychologic-physiological researches testified that the new working routine, particularly the reduction of the speed of the conveyor at the beginning of the shift diminished fatigue and increased labour productivity.

H. Väre — Clinical Criteria of Alcoholic Narcomania

According to the author's data 38.3% of the chronic alcoholics are suffering from somatic diseases in the development of which alcoholism is frequently the main factor. In the diagnosis of somatic diseases one must make clarify, whether it is a basic disease or a complication of alcoholism.

The author adds a new criterion to the diagnosis of alcoholic narcomania — by the establishment of the change of the physiologic action of alcohol in opposite or paradoxical one. This supplements the present well-known criteria like dependence on alcohol, alcoholic abstinence syndrome, the change in the tolerance. The criterion described manifests in the following: alcohol does not cause a rise, but a decrease in appetite; euphoria disappears and a state of drunkenness develops with disorders in balance and violent outbreaks; a deep sleep is replaced by disorders and bad dreams.

E. Kama, N. Ajasta — Organization of Medical Service for Rural Population

The prospects of the improvement of medical service as well as specialized medical help for the rural population are discussed here. The possibilities of the reorganization and improvement of regional central hospitals, regional hospitals and district hospitals and their staffs are analysed. The authors also stress the necessity for the reorganization of the ambulance service and emergency aid.

O. Tamm, H. Jänes — The Physicians of Public Health and Epidemiological Services and his Qualification (data of questionnaire)

143 physicians answered the questionnaire in the Estonian S. S. R. in 1970. 41.2% of them have a special education. The questionnaire showed that 38.4% of the specialists are not satisfied with the knowledge got at institutes and universities. 34.6% of the physicians are not satisfied with the advanced training courses.

It is recommended to organize special advanced training courses for each speciality. 60.9% of the physicians read medical literature regularly, the rest — irregularly. Special journals are preferred. 57.3% of the physicians are engaged in scientific research work, 50.4% — write that they have not done their utmost to improve their special knowledge. The main reason is housekeeping, also tiredness after work, and other interests.

16.0% of the physicians consider their qualification to be good. 78.4% — satisfactory and 5.6% — unsatisfactory.

E. Elberg, L. Kukk, H. Nurmand — The Peculiarities of the Diagnosis and Treatment of Scabies

E. Luiga — Complications Caused by Use of Hormonic Preparations

M. Lõvi — Congenital Clefts of the Lip and Palate and Their Treatment

J. Paulson — Disturbances in Bronchial Ventilation

Training of Personnel

H. Kirt, I. Štšerbakov — Thirty years of the Republican Sanitary-Epidemiologic Station

Conferences and Medical Meetings

Dates

Reviews and Bibliography

E. Laane, T. Anton — The Apparatus «Tamura-1» for Investigating Gaseous Exchange

Two Answers to Two Acute Questions

A New Maternity Home is inaugurated

A. Talihärm — New Proposals for Rationalization

G. Loogna — Latin Maxims, Expressions and Proverbs Used in Medicine

A. Korobtšenko, L. Grinšpun, S. Umanski — The Pocket Slide Ruler «The Diagnosis and First Aid to Persons Suffering from Poisons»

New Medicaments

E. Laane — Oxyhemography in Stange's Test

Chronicle

Responses

English text translated by H. Sillastu and L. Loode

СОДЕРЖАНИЕ

Теория и практика

- Л. М. КЕРЕС, Т. Р. СОО — Об изменении кислотно-щелочного баланса в связи с кормлением, физической нагрузкой и плачем у больных детей (рез. на рус. яз.) 403
- Г. А. ДОРФМАН — Значение титра резус-антител в прогнозе гемолитической болезни новорожденных (рез. на рус. яз.) 405
- Л. М. СИЛЬДВЕР — О клинических формах раннего пубертатного периода (рез. на рус. яз.) 409
- Д. С. ПУУМАН — Физическое развитие рабочих-подростков Калининского района г. Таллина (рез. на рус. яз.) 411
- К. Е. ВЯЙН — Консервативная операция в лечении внематочной беременности (рез. на рус. яз.) 414
- В. И. РЯТСЕП, П.-Х. О. ЛОЙТ — Комплексное бронхологическое исследование в диагностике рака легкого (рез. на рус. яз.) 417
- Ю. Ю. РАУДСЕПП — О противоопухолевом действии больших доз дрожжевой рибонуклеиновой кислоты в эксперименте (рез. на рус. яз.) 421
- А. А. ХААВЕЛЬ, Р. Р. БИРКЕН-ФЕЛЬДТ — О связи заболеваемости желчных путей с метеорологическими факторами на островах Эстонской ССР (рез. на рус. яз.) 423
- Т. Ф. ВЕЛЬГРЕ — Проблема лечения фурадоном в урологии (рез. на рус. яз.) 425
- Ю. Я. КРИСТОХАН, Э. К. КРАНИГ — Изменение скорости конвейерной ленты в течение смены (рез. на рус. яз.) 427

Обзоры

- Х. Я. ВЯРЕ — О клинических критериях алкогольной наркомании (рез. на рус. яз.) 429

Здравоохранение.

Научная организация труда

- Э. К. КАМА, Н. Р. АЯСТА — Организация медицинской помощи сельскому населению (рез. на рус. яз.) 433
- О. М. ТАММ, Х. Я. ЯНЕС — Врач санитарно-эпидемиологической службы и его квалификация (данные анкетного опроса) (рез. на рус. яз.) 436

Обмен опытом и казуистика

- Э. К. ЭЛЬБЕРГ, Л. П. КУКК, Х. П. НУРМАНД — О некоторых особенностях диагностики и лечения чесотки (рез. на рус. яз.) 439

В помощь фельдшерам и сестрам

- Э. Э. ЛУЙГА — Опасности при лечении гормональными препаратами 441
- М. О. ЛЫВИ — Врожденные расщелины губы и неба и их лечение (рез. на рус. яз.) 444
- Ю. Н. ПАУЛЬСОН — О нарушениях бронхиальной проходимости (рез. на рус. яз.) 448

Подготовка кадров

- Л. Ю. КААР — Лео Покк — доктор медицинских наук 449
- К. Х. КЫРГЕ — Велло Салупере — доктор медицинских наук 450

Из истории медицины

- Х. Г. КИРТ, И. Ф. ЩЕРБАКОВ — 30-летие Республиканской санитарно-эпидемиологической станции 451

Конференции и совещания

- Х. О. ПИХЛ — Седьмая конференция Таллинского научно-исследовательского Института эпидемиологии, микробиологии и гигиены 453
- В. В. КАЛНИН — VIII конференция по истории науки в Прибалтике 453
- Х. О. ПИХЛ — Пятая конференция паразитологов Прибалтийских республик 454
- Л. С. МЕХИЛАНЕ — Всесоюзный симпозиум психофармакологов 454
- Э. Ю. АРЕНД — IX Международный съезд анатомов 455
- И. А. ФРЕЙБЕРГ — VI съезд детских хирургов скандинавских стран 456
- В. А. СААРМА — IV Всемирный съезд гастроэнтерологов 456

Юбилейные даты

- 50-летие Шалвы Гулордава 457
- 70-летие Анны Каламэс 458
- 70-летие Рихо Роотса 459

Критика и библиография

- Ф. И. КОМАРОВ — Вопросы практической гастроэнтерологии 460
- Э. Э. КООК — Библиографические карточки в Медицинской библиотеке 462

Медицинская техника

- Э. Я. ЛААНЕ, Т. О. АНТОН — Аппарат «Тамула-1» для исследования газового обмена (рез. на рус. яз.) 462

Опрос

- Два ответа на два актуальных вопроса 464

Разное

- Б. А. РОКС — Открывается новый родильный дом 466
- А. А. ТАЛИХЯРМ — Новые рационализаторские предложения (рез. на рус. яз.) 469
- Г. О. ЛООГНА — Предложения, высказывания, пословицы на латинском языке, употребляемые в медицине 470

Гражданская оборона

- А. А. КОРОБЧЕНКО, Л. Ф. ГРИНШПУН, С. Ш. УМАНСКИЙ — Карманный планшет «Диагностика и первая помощь пораженным БОВ» 473

Новые лекарственные препараты

- А. Я. ЮРИСОН — Галазолин, ромазулан, сонапакс 474

Письмо читателя

- В. И. ЛЯЭН — Книга Кристиана Барнара «Одна жизнь» 475

Хроника

476

Отклики

478

SISUKORD

Teooria ja praktika

- L. KERES, T. SOO — Toitmise, kehalise koormuse ja nutu toime haigete laste vere happe-leelise tasakaalule 403
- G. DORFMAN — Reesusantikehade tiiter vastsündinute hemolüütilise tõve prognoosi aspektist 405
- L. SILDVER — Varajase puberteedi kliinilisi vorme 409
- D. PUUMAN — Tallinna Kalinini rajooni töölisnoorukite kehaline areng 411
- K. VÄIN — Konservatiivne operatsioon emakavälise raseduse ravis 414
- V. RÄTSEP, P.-H. LOIT — Kompleksne bronholoogiline uurimine kopsuvähi diagnoosimisel 417
- J. RAUDSEPP — Eksperimentaalseid andmeid pärmi ribonukleiinühape suurte dooside antiblastilisest toimest 421
- A. HAAVEL, R. BIRKENFELDT — Sapi- teede haiguste seos meteoroloogiliste teguritega Eesti NSV saartel 423
- T. VELGRE — Furadoniinravi probleeme uroloogias 425
- Ü. KRISTJUHAN, E. KRANIG — Konveierilindi kiiruse muutmine vahetuse vältel 427

Ülevaated

- H. VÄRE — Alkohoolse narkomaania kliinilistest kriteeriumidest 429

Tervishoid. Töö teaduslik organiseerimine

- E. KAMA, N. AJASTA — Maaelanike meditsiinilise abi organiseerimine 433
- O. TAMM, H. JÄNES — Sanitaar- ja epidemioloogiateenistuse arst ning tema kvalifikatsioon (ankeetküsitluse andmed) 436
- Kogemuste vahetamine ja kasuistika**
- E. ELBERG, L. KUKK, H. NURMAND — Sügeliste diagnoosimise ja ravi iseärasusi 439

Abiks velskritele ja õdedele

- E. LUIGA — Hormoonpreparaatide kasutamise ohud 441
- M. LÕVI — Kaasasündinud huule- ja suulaelõhed ning nende ravi 444
- J. PAULSON — Bronhide läbitavuse häired 448

Kaadri ettevalmistamine

- I. KAAR — Leo Pokk arstiteaduse doktor 449
- K. KÕRGE — Vello Salupere arstiteaduse doktor 450

Arstiteaduse ajaloost

- H. KIRT, I. ŠTŠERBAKOV — 30 aastat Vabariiklikku Sanitaar- ja Epidemioloogijaama 451

Konverentsid ja nõupidamised

- H. PIHL — Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi seitsmes konverents 453
- V. KALNIN — VIII Baltimaade teaduse ajaloo konverents 453
- H. PIHL — Viies Balti vabariikide parasitoloogide konverents 454
- L. MEHILANE — Üleliiduline psühho- farmakoloogide sümposium 454
- Ü. AREND — IX rahvusvaheline anatoomide kongress 455
- I. FREIBERG — Skandinaaviamaade VI lastekirurgide kongress 456
- V. SAARMA — IV ülemaailmne gastroenteroloogide kongress 456

Tähtpäevad

- Salva Gulordava 50-aastane 457
- Anna Kalamees 70-aastane 458
- Riho Roots 70-aastane 459

Kriitika ja bibliograafia

- F. KOMAROV — Praktilise gastroenteroloogia küsimusi 460
- E. KOOK — Bibliograafilisi kartoteeke Meditsiinilises Raamatukogus 462

Meditsiinitehnika

- E. LAANE, T. ANTON — Gaasivahetuse uurimise aparaat «Tamula-1» 462

Ringküsitlus

- Kaks vastust kahele aktuaalsele küsimusele 464

Mitmesugust

- B. ROKS — Uus sünnitusmaja avab ukSED 466
- A. TALIHÄRM — Uusi ratsionaliseerimissetepanekuid 469
- LOOGNA, G. — *Sententiae, dicta, pro- verbia latina in medicina usitata* 470

Tsiivilkaitse

- A. KOROBŠENKO, L. GRINŠPUN, S. UMANSKI — Taskulükati «Mürk- ainetest kahjustatute diagnoosimine ja esmaabi» 473

Uusi ravimeid

- A. JÜRISON — Galasoliin, romasulaan, sonapaks 474

Lugeja kiri

- V. LÄÄN — Christian Barnardi raamat «Üks elu» 475

Kroonika

476

Vastukajad

478